Ueber die

orthopädische Behandlung

der

FLEXIONEN UND VERSIONEN

des Uterus.

Von

Dr. Ernst Börner,
Docent an der Universität Graz.

Stuttgart.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1880.

K. Hofbuchdruckerei Zu Guttenberg (Carl Grüninger) in Stuttgart.

R50509

Die Aetiologie der Versionen und Flexionen des Uterus ist uns, trotz der zahlreichen Arbeiten, die hierüber bereits vorliegen, noch keineswegs in jeder Beziehung klar gestellt. Hie und da wird, wie bisher so auch in Zukunft noch, einzelnen Beobachtern an diesem oder jenem Falle ein charakteristisches Moment auftauchen, das ihnen neu, oder, wenn bekannt, doch noch nicht genug verwertet erscheint. Mit grösserer oder geringerer Berechtigung dürfte so auf unsere gangbaren Anschauungen noch mancherlei Einfluss geübt werden, und begreiflicher Weise jede so hervorgerufene neue Controverse über das Zustandekommen der gedachten Abnormitäten, noch zu mancher Differenz der Urteile über die richtige Behandlungsweise derselben führen. Sieht z. B. Schultze die pathologische Anteflexion hauptsächlich durch eine „Parametritis posterior", Meadows jede Flexion durch vorausgängige Congestion und Entzündung bedingt — so ist es klar, dass diese Autoren zumeist nur gegen die erwähnten Processe ins Feld zu ziehen lehren, um die Dislocation zu bekämpfen.

Doch wir wollen an diesem Orte weder die bisher angenommenen einzelnen Ursachen, die überhaupt Lage und Gestaltveränderungen des Uterus bedingen können, einer kritischen Beleuchtung unterziehen, oder etwa auf irgend ein neues ätiologisches Moment die Aufmerksamkeit lenken; noch ist es uns darum zu thun, auf die sämmtlichen therapeutischen Massnamen einzugehen, die diesen Abnormitäten gegenüber logischer Weise überhaupt zur Geltung kommen können. Unsere Aufgabe sei es lediglich, auf Grund des bisher Geleisteten und Erfahrenen, einen ganz speciellen Zweig der gynäkologischen Therapie, die directe Inangriffnahme der Neigungen und Beugungen durch intrauterin wirkende Apparate, in Betracht zu ziehen, und dieser eigenartigen Encheirese den einzelnen ätiologischen Momenten gegenüber, die wir von einem so allgemeinen Standpunkte aus fassen wollen, dass etwaige neu

hinzukommende Anschauungen unser Schema nicht viel alteriren dürften, fixe Stellung zu geben, sowie durch einige weitere Erörterungen die Kenntniss über die Vortheile dieser Methode, über die Weise ihrer Durchführung etc. zu erweitern.[1]

Es steht wol fest, dass einerseits Kategorieen von Fällen zu beobachten sind, in denen nachbarliche Tumoren oder Verdickung, Schrumpfung in den Adnexis des Uterus etc. als Gründe der Versionen und Flexionen vorliegen, andererseits weitere Kategorieen, in denen im Uterus selbst gelegene, also gewissermassen innere Gründe das Zustandekommen der gedachten Anomalieen bewirken müssen, so dass in Rücksicht auf beiderlei Gruppen lediglich in Bekämpfung dieser ursächlichen Processe der Schwerpunkt einer rationellen Therapie liegen kann. Ebenso gut aber wiederholen sich allen Beobachtern Fälle und leuchtet uns deren häufiges Vorkommen auch aus sämmtlichen Berichten durch (wenn diese gleichwol auf ganz andere Zwecke zielen), in denen unsere Anomalieen, wenn man so sagen darf, als „Erkrankungen sui generis“ sich präsentiren, die wir als fertige Resultate in ihren Resten noch bestehender oder völlig abgelaufener Processe zu betrachten haben, oder in denen wir vielleicht vom klinischen Standpunkte aus mit noch so grossem Eifer vergebens nach dem jeweiligen, ausserhalb oder innerhalb des Uterus gelegenen aparten Grunde suchen[2], und die uns auch nie und nimmer auf irgend eine gegen das wirkliche oder vermeintliche „Causalmoment“ gerichtete Therapie hin einen Heilungs-Erfolg in Aussicht stellen.

So fest wir überzeugt sind, dass solche Fälle, und zwar, wie bereits betont, in nicht geringer Zahl, sich jedem Gynäkologen, welchen Principien immer er huldigen möge, fort und fort darbieten werden, so sehr sind wir auch überzeugt, dass dessen ganze Bestrebungen denselben gegenüber schliesslich einfach darauf hinauszielen müssen, in möglichst passender Weise die „Neigung“ zu „heben,“ die „Knickung“

---

[1] Hie und da wollen wir in Kürze einen instructiven Fall einflechten, auf die Wiedergabe einer Liste günstiger Erfolge aber verzichten.

[2] Vgl. diessbezüglich die folgenden bezeichnenden Stellen: Veit in Virchow's Handbuch der speciell. Path. u. Therap., VI. 2. S. 305: „— nur ist die nächste Veranlassung der Anteversion bei Mädchen und sterilen Frauen sehr oft im concreten Falle nicht zu ermitteln,“

und Martin „Neigungen und Beugungen etc.“ 1870, S. 39: „Diese mit der Entstehung (der Dislocationen) zusammenhängenden Phänomene werden .... sehr verschieden sich gestalten, wenn nicht anscheinend gänzlich fehlen können.“ —

zu „strecken“ — i. e. den erfolglosen Kampf gegen eine abgelaufene Ursache zu verlassen, um sich ganz in Behebung der üblen Folge zu concentriren; ausgenommen natürlich, der Betreffende verschliesst den gegenwärtig doch genugsam bekannten günstigen Erfolgen der orthopädischen Therapie noch immer hartnäckig sein Ohr, und überlässt solche Fälle ohne Weiteres, oder unter anderweitigen, emsigen, aber doch zwecklosen Bemühungen, ihrem Schicksale.

Durch anhaltendes Forschen in ätiologischer Beziehung werden wir zur Ertheilung prophylactischer Rathschläge stets fähiger werden, und so vielleicht das Zustandekommen dieser letzteren Kategorie von Neigungen und Beugungen für die Zukunft einigermassen beschränken können; durch stete Schärfung unseres diagnostischen Vermögens werden wir vielleicht einen grösseren Theil der gegebenen Fälle noch den anderen Kategorieen, statt der letzterwähnten, zuweisen und somit von anderen Gesichtspunkten aus therapeutisch beeinflussen; durch Vervollkommnung unseres Instrumentariums werden wir die restirenden Fälle vielleicht einer rascheren und befriedigenderen Besserung zuführen: — aber Fälle, wie die in Rede stehenden, werden uns stets vorliegen, die „mechanische Behandlung“ wird ihnen gegenüber stets ihre Geltung behalten, das Wesen unserer Encheiresen wird, allen verbessernden Modificationeu zum Trotz, dem Principe des „Hebens“ und „Streckens“ verwandt bleiben müssen. Auch der Rückblick auf Vergangenes, verglichen mit dem trotz aller emsigen Studien bis auf die Gegenwart Erreichten, lehrt uns das mit ziemlicher Bestimmtheit.

Charakterisiren wir somit in kurzen Worten unseren allgemeinen Standpunkt in dieser wichtigen Frage, so geht derselbe im Wesentlichen darauf hinaus, dass wir den diversen, gegen Version und Flexion gerichteten, anderweitigen Massnamen ihre volle Geltung gewähren lassen, so lange es sich berechtigtermassen voraussetzen lässt, es werde durch diese Massnamen das unsere Anomalie bedingende ursächliche Moment in der That wirksam bekämpft. Allen jenen vielen Fällen gegenüber jedoch, die das fixe Endresultat abgelaufener, wenn überhaupt noch erkennbarer Processe bilden, können wir in dem directen, orthopädischen Verfahren das allein Erfolg versprechende, somit einzig berechtigte erkennen.

I.

Wir wollen uns nun bemühen, die für das orthopädische Verfahren geeigneten Fälle etwas näher zu präcisiren, indem wir die hauptsächlichsten der gangbaren Anschauungen über das Zustandekommen von Versionen und Flexionen einer Sichtung unterziehen, und untersuchen wollen, wo in diesen Reihen die uns beschäftigenden Fälle zu stehen kommen.

Ein annähernd umfassendes Schema für sämmtliche bekannte Versionen und Flexionen bezüglich ihrer ätiologischen Momente wäre etwa folgendes:

1) Dislocationen, durch mit der fötalen Entwicklung zusammenhängende Momente bedingt;
2) Dislocationen in Folge in der Substanz des Uterus vorgehender Veränderungen;
3) Dislocationen in Folge veränderten Verhaltens der natürlichen Befestigungsmittel des Uterus;
4) Dislocationen in Folge neugebildeter Anheftungen des Uterus (Verlöthung, bandartige Adhäsionen).
5) Dislocationen in Folge von Veränderungen der Nachbarorgane des Uterus.

In Rücksichtnahme auf dieses Schema nun wollen wir zunächst die Deviationen nach vorne, Anteversio und Anteflexio, näher erörtern, ohne jedoch diese beiden Formen (theils wegen der geringen praktischen Wichtigkeit, theils ihres so häufigen Zusammenvorkommens wegen) strenge zu trennen.

1) Primäre Anteversio-flexio.

Bekanntlich bedingt die Lageentwicklung der Beckenorgane normaliter eine leichte Biegung des Uterus über seine vordere Fläche. Es unterliegt keinem Zweifel, dass in diesem Verhältniss der Anlass für das Zustandekommen pathologischer Lageabweichung in einer ganz grossen Reihe von Fällen zu suchen sei, wenn auch die einzelnen Autoren auf dem Wege hiezu sich noch nicht völlig begegnen.

Wir finden diese Fälle angesprochen als „angeborenen Excess der physiologischen Krümmung“ (Schröder)[1]; als einfaches Persistiren aus der embryonalen Entwicklung her, wobei der Uterus „seine ursprüngliche Lage und infantile Form mehr weniger bestimmt

[1] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 37, S. 327.

beibehalten hat“ (Gusserow)[1]; oder es wird in den physiologischen Entwicklungsvorgängen „der Keim zur Entwicklung dauernder wahrer Lageabweichungen“ erkannt (Veit)[2], die sich gelegentlich zur lateralen Flexio oder Versio mit seitlicher Asymmetrie (Tiedemann), oder, bei ungewöhnlicher Consistenz der Lig. rotunda, durch Druck der Harnblase gegen den Isthmus, zur starken Anteflexio (M. B. Freund) entfalten können; oder es wird eine ungleiche Entwicklung der beiden Uteruswände mit vorwiegender Ausbildung der hinteren Wand (namentlich für die Periode der Geschlechtsreife bestätigt von Rokitansky und Klob) und Zurückbleiben oder Schrumpfung der vorderen Uteruswand als Ursache statuirt (Martin)[3] — oder endlich es wird hier, in vielleicht richtigster Weise, ein Zusammenwirken diverser Factoren supponirt, indem als Ursache dieser (überhaupt häufigsten) Art von Deviationen nach vorne, die Persistenz des kindlichen Zustandes, gewöhnlich bei stark geneigtem Becken und bisweilen mangelhafter Entwicklung der vorderen Wand des Organes, wobei nur regelmässig jeder entzündliche Process fehlt, betrachtet wird (Amann)[4]. u. s. w.

2) Anteversio-flexio in Folge in der Substanz des Uterus vorgehender Veränderungen.

Im Allgemeinen werden wir hier jenen Vorgängen begegnen, die zu einer Gewichts- und Volumszunahme des Uterus führen, oder aber solchen, die dem gesammten Gewebe des Uterus oder gewissen Partieen desselben die normale Derbheit nehmen und zur sogenannten „Erschlaffung“ seiner Substanz führen; so zwar, dass in beiderlei Fällen, bei der von vorhinein gegebenen normalen leichten Vorneigung des Uterus, die gedachten Processe genügen, einfach unter der gewöhnlichen Wirkung der Bauchpresse, der Einflussnahme des gefüllten Rectum etc. zur pathologischen Anteversio und Flexio zu führen.

Was zunächst eine Gewichts- und Volumszunahme des Uterus betrifft, haben wir vor allem der einfachen Hypertrophie zu gedenken. Ihrer sehen wir, direct oder indirect, auch fast überall Erwähnung gethan. Sims betont[5] die abnorme Verlängerung des Uterus, abhängend von Verlängerung der Vaginalportion, Verlängerung der Supra-Vaginalportion oder Hypertrophie des Fundus, als eine der

---

[1] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 81, S. 641.
[2] Virchow's Handbuch der Path. u. Therap. VI. 2, S. 313.
[3] Neigungen und Beugungen, S. 28 u. S. 91.
[4] Arch. f. Gynäkolog. XII. 2. S. 322.
[5] Gebärmutter-Chirurgie, S. 182.

Ursachen der Anteversio, und bemerkt anderorts [1], dass bei granulärer Anschoppung der vorderen Lippe, mit einer entsprechenden Anschoppung oder Hypertrophie der vorderen Uteruswand in Verbindung, immer Anteversio bestehe. Veit [2], Schultze [3], Schröder [4] heben einfach hervor, dass der Uterus, wenn er länger, breiter oder schwerer als normal ist, auch wenn seine Befestigungsmittel nicht gelitten, schon bei dem gewöhnlichen oder nur mässig gesteigerten abdominalen Druck, nach vorne über sinken müsse. u. s. w. —

Wie noch bei anderer Gelegenheit, werden wir auch hier speciell des Einflusses entzündlicher Processe zu gedenken haben. Bekanntlich herrschen noch in mehrfacher Beziehung Meinungsverschiedenheiten über die Frage, in wie weit (in vielen Fällen wenigstens) die Entzündungen als Ursache, als Begleit- oder Folgeerscheinungen gegenüber den Versionen und Flexionen zu betrachten seien [5]. Der völligen Aufhellung dieses Punktes werden wol auch in Zukunft noch Schwierigkeiten im Wege stehen; um so wichtiger erscheint es uns, das diessbezüglich bereits Eruirte oder Eruirbare in distincte Fassung zu bringen. Anknüpfend an das Vorherige, können wir an diesem Platze den entzündlichen Processen der Uterus-Substanz eine fixe Stelle als ursächliches Moment für die uns beschäftigenden Lageveränderungen einräumen, für alle jene Fälle, in denen durch chronische Metritis, Infarct-Bildung etc. eine Gewichts- und Volums-Vermehrung geschaffen worden wie wir sie im Obigen berücksichtigt haben.

In natürlicher Weise reihen sich hier die eigentlichen Fremdbildungen des Uterus an, zumal die Fibroide, seien dieselben nun subserös, interstitiell oder submucös gelagert, indem dieselben zuweilen ganz in dem Sinne der besprochenen Gewichts- und Volums-Zunahme des Uterus wirken werden. — Sims verlangt [6] für das Zustandekommen von Anteversio den Sitz eines kleinen Tumors speciell an der vorderen Wand des Corpus oder an der hinteren Wand unterhalb des Os internum. Aehnliches V. Hüter [7]. Martin schreibt [8] die gedachte Wirkung zumal den interstitiellen Neoplasmen der hinteren

---

[1] Gebärmutter-Chirurgie, S. 186.

[2] l. c. S. 304.

[3] Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 50, S. 414.

[4] Ziemssen's Handbuch der Pathol. u. Therap. X. S. 154.

[5] Vgl. diessbez. zumal Alfr. Meadows in den „Transactions of the obstetric. Society of London". Vol. X, pag. 204.

[6] l. c. S. 183.

[7] „Die Flexionen des Uterus". 1870.

[8] l. c. S. 33.

Wand zu, sobald sie mit einer Verlängerung der betreffenden Wand und weiterhin des ganzen Uterus verbunden sind. — Schröder bemerkt [1] in Rücksicht auf diese und auf die zuvor erwähnten Fälle einfacher Vergrösserung des Uterus, wie die jeweilige Frage ob Versio oder Flexio davon abhänge, ob der Uterus abnorm steif, oder (abgesehen von den veränderten Partieen) normal beschaffen oder schlaff ist.

Wir gehen nun über zu den durch Erschlaffungszustände der Uterus-Substanz veranlassten Neigungen und Beugungen nach vorne. Vor Allem haben wir der hier einzufügenden bekannten Anschauung Rokitansky's zu gedenken, dass, sowie im normalen Zustande die physiologische Gestalt des Uterus aufrecht erhalten werde durch jene Bindegewebsschichte, welche an der Portio supravaginalis dicht unter der Schleimhaut gelegen und zumal an der hinteren Wand weit ausgebreitet gefunden wird — eben durch Veränderungen dieses submucösen Stratums, i. e. Erschlaffung, Verdünnung, Schwund desselben an der entsprechenden Seite, Knickungen des Uterus zustande kämen. Des Näheren dann beschuldigt Rokitansky zumal die puerperalen Vorgänge, insbesondere nach Abortus, als häufige Veranlassung zu den gedachten Veränderungen und somit zur Entstehung von Flexionen (namentlich Retroflexionen, wovon später) — was wir hier, wo wir zunächst der puerperalen Erschlaffungszustände zu gedenken beabsichtigen, speciell betonen wollen. Hiegegen freilich hat Virchow an der Knickungsstelle zu Anfang keinerlei Gewebsveränderung gefunden, sondern erst nach längerer Dauer der Knickung Schwund der Muskelsubstanz in der betreffenden Wand des Orific. internum, so dass diese schlaff und verdünnt wird — und kann somit im Uterus selbst den Grund der Knickung nicht entdecken; doch nimmt auch er hier manche nach dem Puerperium vorkommende Fälle aus, was wir wieder betonen wollen. (Fügt Virchow bei, dass auch in diesen Fällen die Veränderung des Gewebes für sich nicht ausreiche, so soll ja auch in dem ganzen hier zu Grunde gelegten Schema in keinem der einzelnen Eintheilungspunkte der lediglich, sondern nur der vorzüglichste Grund für die verschiedenen Lage- und Gestaltveränderungen festgehalten werden.)

Die puerperale Erschlaffung sehen wir also in unserer Frage vor Allem von diesen beiden Meistern bereits in gewissem Grade berücksichtigt. Was nun weiter die Gynäkologen speciell betrifft — die zwar, was jene obige Rokitansky'sche Anschauung anbelangt,

---

[1] l. c. S. 154. 155.

vielfach geneigt sind, die Veränderungen des submucösen Stratum's eher als einen Folgezustand denn als Ursache der Inflexionen anzusehen — so finden wir bei denselben die puerperalen Vorgänge unter den ätiologischen Momenten fast durchgängig nachdrücklichst hervorgehoben.

Soviel über die grosse Bedeutung dieses Punktes. Ueber den näheren Zusammenhang zwischen Puerperium und unseren Anomalieen sei hier nur der folgenden Darlegungen gedacht, deren Schwerpunkt natürlich immer wieder in der Bezugnahme auf gewisse Störungen der Involution des Uterus gipfelt. Martin [1] führt seine diessbezüglichen Fälle zurück auf Störungen der Rückbildung der Placentalstelle, falls die letztere vorwiegend an der hinteren Wand ihren Sitz hatte, während die entgegengesetzte Wand sich normal zusammenzog. Andere haben mehr die Erschlaffung der gesammten Muskelsubstanz im Auge, wie sie bei mangelhafter puerperaler Rückbildung durch protrahirten Verfettungsprocess und gestörte Neubildung des Gewebes bedingt ist, und erkennen dann, mit Schröder [2], in diesem Verlust der normalen Straffheit des Uterus und der Erschlaffung der Gegend des inneren Muttermundes (zustande gekommen durch zu schnell hintereinander folgende Conception, schwere Geburten, zu frühes Aufstehen und Arbeiten, entzündliche puerperale Processe) die Prädisposition, in dem Drucke der Bauchpresse etc. das veranlassende Moment zur Anteflexio, oder, bei mit dem Uterus starr verbundener Vaginalportion, zur Anteversio.

Ganz besonders bei den puerperalen Fällen haben als Mitursache unserer Lageveränderungen auch die gleichzeitigen Veränderungen der Adnexa, namentlich der muskulösen, in's Auge gefasst zu werden. Unserer Eintheilung zufolge müssen wir uns darauf beschränken, erst im nächsten Abschnitte auf dieselben hinzudeuten.

Was weiter die nicht puerperalen Entzündungen des Uterus betrifft, werden wir uns, aus bereits auseinandergesetzten Gründen auch hier wieder sehr reservirt halten müssen. Insoferne aber dieselben, ob acut oder chronisch, ob als Endometritis oder Metritis auftretend, jedenfalls, namentlich in gewissen Stadien, zu einer Erschlaffung des früher normalen Uterus führen — werden wir uns keineswegs bedenken, dieselben als ursächliche Momente an dieser Stelle mit anzuführen.

---

[1] l. c. S. 30, 101.

[2] Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 37, S. 328—329.

Schliesslich sei in Summa jener zahlreichen Gruppe von Erkrankungen gedacht, welche mit Ernährungsstörungen des gesammten Organismus einhergehend, auch Atrophie und Erschlaffung des Uterusgewebes bedingen können, wie Anämie, Chlorose, Scrophulose, Tuberculose, Syphilis; nach Beigel [1] auch Scorbut. Endlich erwähnen wir hier mit Graily Hewitt [2] noch der lediglich durch ungenügende Nahrung gesetzten allgemein schlechten Ernährung.

3) Anteversio-flexio in Folge veränderten Verhaltens der natürlichen Befestigungsmittel des Uterus. *

Hauptsächlich wird es sich in diesem Abschnitte um eine abnorme Erschlaffung der Befestigungsmittel oder um eine abnorme Fixation des Uterus durch dieselben handeln, doch spielt der erstere Umstand bei den Deviationen nach vorne bei weitem nicht die wichtige Rolle wie bei jenen nach rückwärts.

Die Erschlaffung betreffend, haben wir derselben nur in so ferne zu gedenken, als eine solche in dem den Cervix nach vorne befestigenden Apparate bei den Anteversionen, und — (wie manche Autoren wollen) in jenen den Fundus haltenden (?) bei den Anteversionen und Flexionen wol zu Stande kommen muss, um der Portio das Zurückweichen, dem Fundus das stärkere nach vorne Fallen (?) zu gestatten. Wir erkennen aber in einer derartigen Erschlaffung der betreffenden Bänder nicht leicht je die primäre Ursache der Vorneigung und Beugung, sondern nur ein, die Erschlaffung des gesammten Uterus bei puerperalen Processen, bei Entzündungen, bei allgemeinen Ernährungsstörungen etc. begleitendes — oder ein, der entsprechenden Schrumpfung des antagonistisch wirkenden Befestigungsapparates, der zunehmenden Schwere des Uterus etc. secundär folgendes Moment, das in beiden Fällen dem Zustandekommen der Lageabweichung zu gute kommt.

Eine ungleich bedeutendere Wichtigkeit als primäre Ursache für unsere Deviationen hat, zumal nach der Ansicht Einiger, die abnorme Anspannung gewisser Befestigungsmittel des Uterus.

Wir begegnen hier verschiedenen Formen in denen dieses Moment zum Ausdruck kommt oder kommen soll, und zwar wird es sich dabei vorzüglich, einmal um abnorme Fixation des Fundus nach vorne

---

[1] Krankheiten des weiblichen Geschlechtes, II. S. 219.

[2] Centralblatt f. Gynäk. 1878, Nr. 23.

* Wir fassen hier bloss die bandartigen Befestigungsmittel ins Auge und lassen die durch die Scheide gegebene Stütze unberücksichtigt.

und abwärts, das andere Mal um abnorme Retraction des Cervix nach rück- und aufwärts handeln.

Bei der gedachten Fixirung des Grundes wird, wie Veit diess auseinandersetzt[1], das Rückweichen desselben bei gefüllter Blase ausbleiben und dann, wegen der ohnehin bestehenden Anheftung des Cervix an die Blase, lediglich der Isthmus nach hinten gedrängt werden, so dass die normale Ausbiegung desselben zur Anteflexio verstärkt wird. Die durch den gefüllten Mastdarm verursachte Vorwärtsdrängung der Portio unterstützt diesen Vorgang. Die diessbezüglich in Betracht kommenden Bänder sind die Lig. lata und Lig. rotunda.

Die Spannung der Lig. lata, auf die sich Veit an obiger Stelle bezieht, rührt nach Virchow meist von peritonitischen Schwielen aus chronischer Entzündung in den Fossae iliacae (Umfang der Flexura iliaca, des Blinddarmes und Wurmfortsatzes) oder Salpingitis, im Frucht-, kindlichen oder späteren Alter, her.

Was die Lig. rotunda betrifft, stützt sich Martin[2] in den Fällen die er auf Verkürzung und Schrumpfung dieser Bänder in Folge von Exsudativprocessen in und um die betreffenden Falten des Bauchfells zurückführt, ebenfalls auf Virchow (u. a. auf dessen Ausspruch, dass es manchmal nicht pathologische Adhäsionen, sondern Verkürzungen der normalen Ligamente sind, welche die Flexion nach sich ziehen). Schultze betont[3] nur die Seltenheit dieses Vorkommnisses überhaupt.

Bei der zweiten Form unserer hieher gehörigen Lageabweichungen, woselbst der Schwerpunkt in einer abnormen Retraction des Cervix nach rück- und aufwärts liegt — wird dann, wie zumal Schultze diess in seinen Auseinandersetzungen festhält[4], die sich entleerende Blase, der intra-abdominale Druck das bewegliche Corpus uteri nach vorne über zwängen und so Anteversio — oder, wenn bei zu kurzer Fixation, zu straffem hinteren Scheidengewölbe, habitueller Kothsäule im Rectum, die Portio in der fortgesetzten Richtung des Corpus nicht dauernd Platz finden kann — Anteflexio zu Stande kommen.

Der Theil des Befestigungsapparates der hierbei in Erwägung kommt sind die Lig. utero-sacralia, die Douglas'schen Peritoneal-

---

[1] l. c. S. 314.

[2] l. c. S. 120.

[3] Arch. f. Gynäkol. IV. 3, S. 396.

[4] Arch. f. Gynäkol. IV. 3, S. 397, und Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 50, S. 413.

duplicaturen mit der von ihnen eingeschlossenen Muskelgruppe, Retractor uteri (Luschka).

In den früheren einschlägigen Arbeiten finden wir meist schlechtweg einer Verkürzung der utero-sacralen Ligamente als ätiologischen Momentes Erwähnung gethan, so bei Sims (l. c. S. 182) u. A.

Erst Martin war es unseres Wissens, welcher diesen Punkt näher beleuchtete. Er wies darauf hin [1] wie eine gewisse Gattung von Anteflexionen dadurch zu Stande komme, dass in Folge von Schrumpfung der Lig. sacro-uterina und von Exsudaten an dem Bauchfellüberzuge derselben, gesetzt durch überstandene Entzündnng [2] oder ein resorbirtes Hämatom zwischen Uterus und Mastdarm, der Isthmus uteri dem Mastdarme und Kreuzbeine genähert und dort fixirt werde.

Des Näheren kam dann Schultze in wiederholten Publicationen auf diesen Punkt zurück, und legte [3] bezüglich der gesammten Aetiologie der Anteflexionen das grösste Gewicht auf diese Verkürzung der Douglas'schen Falten und auf die Befestigungen des unteren Uterusabschnittes gegen die hintere Beckenwand überhaupt, wie sie durch parametritische Processe während und ausserhalb des Wochenbettes überaus häufig zu Stande kommen sollen; so zwar, dass er [4] eine in den Douglas'schen Falten ablaufende subacute und chronische Parametritis posterior — die aber weniger mit den Ursachen der bekannten parametritischen Formen (Puerperium, Endometrit. catarrh., Masturbation etc.), als vielmehr mit rein mechanischer Zerrung der Douglas'schen Falten (Stuhlverstopfung, Durchgang voluminöser Fäces, Coitus etc.) zusammenhängt [5] — als die häufigste Ursache der pathologischen Anteflexio ansieht. Andere Fälle liessen sich auf gewöhnliche puerperale Parametritis mit gleichem Ausgange (narbige Schrumpfung), andere vielleicht auf die von Freund angedeutete Parametritis chronica atrophicans (nach Ueberreizung der Genitalnerven) zurückführen, welche etwa späteren Stadien und intensiveren Formen der von Schultze festgehaltenen Affection zu entsprechen scheine.

Der Wichtigkeit des Gegenstandes halber sei hier in Kürze einiger der gegen diesen Punkt erhobenen Einsprüche Erwähnung gethan. Schröder [6] hat niemals eine solche auf die Douglas'schen

[1] l. c. S. 32 u. S. 123.

[2] Als Ausgangspunkt hat M. zumal die durch Tripper-Infection erfolgten Endometritiden im Verdacht (l. c. S. 127).

[3] l. c. S. 396.

[4] Arch. f. Gynäk. VIII. 1. S. 134.

[5] l. c. S. 153.

[6] Arch. l. Gynäk. IX. 1. S. 71.

Falten beschränkte Parametritis, weder an der Lebenden noch an der Leiche gesehen (auch kennen seiner Ansicht nach die pathologischen Anatomen diesen Zustand nicht) — und gibt ferner [1] die Nothwendigkeit des Entstehens von Anteflexio bei hinterer Fixation des Uterus in der Höhe der Douglas'schen Falten überhaupt kaum für die Hälfte der Fälle zu. Müller findet [2] in Würdigung des bereits von Martin Ausgesprochenen, eigentlich nur die Behauptung Schultze's neu, dass fast alle Flexionen und nicht ein kleiner Bruchtheil derselben in der oben besprochenen Weise entstehen soll, und äussert sich [3] für seinen Theil dahin, dass bei Nulliparen mit Anteflexio der Uterus meist frei beweglich, die hintere Fixation durch Schrumpfung der Lig. sacro-uter. aber kein häufiger Befund sei, und wo angetroffen, es noch zweifelhaft bleibe, ob die Veränderung der Bänder nicht erst nachträglich entstanden. — Amann berücksichtigt [4] einfach nur die puerperale Form dieser Parametritiden, schreibt aber auch ihr nur den sechsten Theil der Anteflexionen und Anteversionen zu, und nennt die oben Seite 7 angeführte als die häufigste Entstehungsweise unserer Deviationen. — Nach Benicke kommt auf 8 · 3 Fälle von Anteflexio einer mit Fixation am Kreuzbein [5].

Auch wir konnten eine Bestätigung des Vorkommens der von Schultze speciell betonten Affection seitens der pathologischen Anatomen nicht erlangen. Diverse uns sich darbietende, entsprechende Befunde an der Lebenden, mussten wohl sämmtlich auf überstandene Wochenbetten zurückgeführt werden. Bei Nulliparen die Schultze'schen Angaben nachweisen zu können gelang uns noch nicht, doch wollen wir sie im Auge behalten. Räumen wir ihnen damit bislang noch alle Berechtigung ein, so scheint uns doch bereits die Durchgängigkeit ihres Vorkommens allzusehr betont.

4) Anteversio-flexio in Folge neugebildeter Anheftungen des Uterus. (Verlöthung, bandartige Adhäsionen.)

Acute und schleichende peritoneale Entzündungen werden durch Schrumpfung des von ihnen gesetzten Exsudates zu einer Neigung und Beugung des Uterus nach vorne führen können, sobald nur diese Exsudatreste an geeigneter Stelle, vordere Uteruswand, hintere Wand

---

[1] l. c. S. 72.

[2] Arch. f. Gynäk. X. 1. S. 177.

[3] l. c. S. 183.

[4] Arch. f. Gynäk. XII. 2. S. 322.

[5] Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1877. I. 1. S. 201.

des Cervix, Vorderfläche der breiten Bänder (Martin)[1], gelagert sind. Hiebei kann es sich natürlich sowohl um eine directe Anlöthung des Uterus an die Blase, als um einen dislocirenden Zug durch mehr oder weniger ausgebildete, strammere oder schlaffere (oft auch nicht diagnosticirbare) bandartige Adhäsionen handeln.

Bekanntlich ist Virchow der Ansicht, dass die Inflexionen überhaupt meistentheils Folgen partieller Bauchfellentzündungen seien. Die Gynäkologen neigen im Allgemeinen dahin, diese Entstehungsweise nur für seltenere Fälle anzuerkennen, und die gedachten pseudomembranösen Verbindungen häufiger als secundäre Vorkommnisse zu betrachten, die sich kürzere oder längere Zeit nach bereits bestehender Deviation des Uterus herausgebildet haben.

Als eine speciell seltene Erscheinung bezeichnet Schultze[2] die mediane (hintere) Fixation des Uterus durch circumscripte Peritonitis im Douglas'schen Raume oder durch abgelaufene Hämatocele bedingt.

5) Anteversio-flexio in Folge von Veränderungen der Nachbarorgane des Uterus.

Vom Becken, von den Ovarien ausgehende Geschwülste, oder solche, die in den Bändern des Uterus oder anderweitigen Beckenorganen ihren Sitz haben, auch extra oder intraperitoneal gelagerte Exsudate, Extravasate, Abscesse etc. können durch entsprechend ausgeübten Druck auf den Uterus ihrerseits eine Verdrängung desselben in Anteversionsstellung oder eine Abknickung desselben nach vorne bewirken. — Aus leicht begreiflichen Gründen werden derart zu Stande gekommene Deviationen für die hier beabsichtigten Auseinandersetzungen kaum von irgend welchem Belang sein.

Im directen Anschlusse hieran wollen wir nun nach dem zu Grunde gelegten Schema eine Durchsicht der Neigungen und Beugungen nach rückwärts vornehmen.

1) Primäre Retroversio-flexio.

Nach den bisherigen Erfahrungen erscheint es zwar zweifellos, dass die Retroversio-flexio auch angeboren vorkomme, doch beschränkt sich dieses Vorkommen jedenfalls nur auf die seltensten

[1] l. c. S. 120.

[2] Arch. f. Gynäk. IV. 3. S. 397.

Ausnahmsfälle. Grenser hat in seiner verdienstvollen Arbeit[1] über diesen Punkt die Berichte der hauptsächlichsten Autoren zusammengestellt, die fast sämmtlich negativ ausfallen. Das wenige Positive daselbst beschränkt sich auf die drei von Freund aus der Literatur angeführten Fälle, auf die von Martin festgehaltene Klasse von Rückwärtslagerungen „wegen mangelhafter Entwicklung der hinteren Uteruswand“[2] und auf den einen Fall Ruge's von Retroflexio uteri bei einem neugeborenen Kinde.[3] (Benicke[4] sah ausser diesem letzteren noch einen zweiten Fall.) (Bei Jungfrauen und Nulliparen findet Grenser die Retrodeviationen nicht so selten als diess sonst angegeben wird; doch reihen sich die diessbezüglichen ätiologischen Momente unter die folgenden Punkte unseres Schema's ein.)

In neueren Arbeiten ist das Vorkommen von angeborener Retroflexio als endgiltig aufgenommen. (Winckel, Die Patholog. d. w. Sex. etc.)

2) Retroversio-flexio in Folge in der Substanz des Uterus vorgehender Veränderungen.

Wir haben hier, wie bei den Vorwärtslagerungen, jene Zustände zu berücksichtigen, welche zu einer Volums- und Gewichtsvermehrung des Uterus oder zu einer Erschlaffung desselben führen. Doch wird, den Bestand derartiger Veränderungen vorausgesetzt, das Entstehen einer Rückwärtslagerung in solchen Fällen nicht so einfach zu deduciren sein, wie das Entstehen der abnormen Dislocation nach vorne. Was dort als hauptsächlich begünstigendes Moment stets in Rechnung gezogen werden konnte — die von vorhinein bestehende geringe Krümmung des Organes über seine vordere Fläche — wird hier als negativer Faktor, der nicht nur paralisirt, sondern geradezu überwunden werden muss, ins Gewicht fallen. Wie immer unzulänglich es also genannt werden möge, diessbezüglich den Hauptton auf eine Aenderung des abdominalen Druckes zu legen, wie sie bei durch die volle Blase steil gestelltem Corpus, oder bei durch das gefüllte Rectum vorgedrängtem Cervix, zu Stande kommt — so ist doch für alle Fälle der dadurch gekennzeichnete Gedankengang richtig, dass abgesehen von allen möglichen Veränderungen des Uterus selbst oder seiner Adnexa, vorerst ein positiver Faktor zur Geltung kommen müsse,

[1] Arch. f. Gynäk. XI. 1. S. 148 u. ff.
[2] l. c. S. 157.
[3] Berlin. klin. Wochenschrift 1875. Nr. 1.
[4] l. c. S. 200.

der den eben bezeichneten negativen in seiner Wirkung überrage, i. e. ein Faktor, der zunächst ein Nachobenkehren der (sonst nach abwärts gerichteten) vorderen Uterusfläche verursacht, und damit die Möglichkeit des Zustandekommens einer Retroflexio einleitet. Auch wir sind der Ansicht, dass dieser gedachte Faktor für sich allein zur Schaffung von Retroversio-flexio nicht, oder nur in ganz seltenen Fällen, hinreiche; sondern dass hiezu noch andere Veränderungen, und zwar wahrscheinlich zumeist solche den Befestigungsapparat betreffende mitwirken müssen — doch scheint es uns von Wichtigkeit hervorzuheben, dass diese letzteren für sich allein, also unter Entbehrung jenes angedeuteten Momentes, ebenfalls nicht als genügend für den bewussten pathologischen Zweck betrachtet werden dürfen.

Diess vorausgeschickt glauben wir unsern Standpunkt in dieser Sache klar gemacht zu haben. Wie immer man den hier als thätig angenommenen Faktor definiren möge, darauf einzugehen ist für unsere Zwecke nicht von Belang. Wir wollen nur die Voraussetzung seiner Mitwirkung hervorgehoben haben, und können nunmehr sofort zu jenen Punkten übergehen, die, meist kurzweg als ätiologische Momente bezeichnet, unserer Anschauung nach lediglich als das Zustandekommen von Rückwärtslagerung überwiegend unterstützende Momente betrachtet werden sollen.

Lediglich die Substanz des Uterus betreffende Veränderungen werden wohl nur ein kleineres Contingent von Fällen stellen, doch kann es auch bei normalem oder nur wenig verändertem Befestigungsapparate zu Dislocationen kommen, wenn: (immer obigen Faktor vorausgesetzt) der Uterus durch einfache Hypertrophie oder entzündliche Vorgänge eine Volumszunahme erfahren hat, oder wenn Fremdbildungen, zumal kleine Fibroide, sein Gewebe durchsetzen. Sims[1] beschuldigt in dieser Hinsicht kleine Tumoren hinten am Gebärmutterkörper oder an der vorderen Wand unterhalb des Os internum; Andere vorzüglich solche der hinteren Wand des Corpus, Martin[2] solche der vorderen Wand und des Fundus, Grenser einmal einen fibrösen Polypen des Cavum's[3].

Von grösserer Wichtigkeit sind entschieden die Erschlaffungszustände der Uterussubstanz. Unter ihnen heben wir, wie das bei den Deviationen nach vorne geschehen, die puerperalen zuert hervor. Dort schon sahen wir, dass Rokitansky zumal die puerperalen Vor-

[1] l. c. S. 183.
[2] l. c. S. 213.
[3] l. c. S. 151.

gänge nach Abortus, insoferne durch dieselben Erschlaffung oder Schwund des submucösen Stützgewebes des Uterus geschaffen werde, als häufige Ursache der Retroflexio ansehe. Selbst Virchow gibt für manche nach dem Puerperium vorkommende Fälle die Gewebsveränderungen des Uterus als hauptsächlichsten Grund der Knickungen (also auch jener nach rückwärts) zu. Auch sämmtliche Gynäkologen berücksichtigen diess ätiologische Moment in mehr weniger weittragender Weise. Differiren sie zwar, wie oben auseinandergesetzt, jener Anschauung Rokitansky's gegenüber, so wird doch der Erschlaffung durch gestörte puerperale Involution, protrahirtem Verfettungsprocess, mangelhafter Gewebsneubildung grosses Gewicht beigelegt. Dass auch hier die Fortsetzung dieser störenden Vorgänge auf die Adnexa des Uterus in Betracht kommt, ist selbstverständlich, doch müssen wir auf dieselben wieder gesondert zurückkommen.

Martin [1] hat, entsprechend seiner diessbezüglichen Auffassung der Vorwärtslagerungen, insbesondere eine mangelhafte Rückbildung der an der vorderen Wand des Corpus befindlichen Placentalstelle im Auge, welche diese Wand länger und dicker bleiben lasse als die hintere, räumt aber [2], wegen der gleichzeitig zu beobachtenden Erschlaffung des Isthmus, auch der Anschauung Rokitansky's und Klob's von unregelmässiger Reconstruction der submucösen Bindegewebsschichte, eine mögliche Berechtigung ein. Begünstigende Momente sind nach ihm, ausser den gewöhnlichen die Involution störenden Faktoren, u. a. schmale Kost der Wöchnerinnen, andauernde Rückenlage, Beschwerung des Unterleibes, vorzeitige Anstrengung der Bauchpresse.

Andere ziehen mehr den Verfettungsprocess der Muskulatur des gesammten Uterus und seiner Adnexa in Rechnung, und beschuldigen ebenfalls zumal Aborten und Frühgeburten.

Hildebrandt [3], der überhaupt in Bezug auf Retroflexionen einer Aenderung der Stützen der hinteren Uteruswand die grösste Bedeutung zuschreibt, betont auch rücksichtlich der puerperalen Erschlaffung der Uterussubstanz hauptsächlich den Umstand, dass die wesentlichen der Stütz-Elemente diesem Processe mit unterworfen seien.

Schultze [4] legt u. a. Gewicht auf die Zerrung des schwer bleibenden Uterus an den Douglas'schen Falten in aufrechter Stellung der Frau.

---

[1] l. c. S. 35 u. 162.

[2] l. c. S. 164.

[3] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 5, S. 44.

[4] Arch. f. Gynäkol., IV. 3. 404.

Wieder haben wir dann auch bei der Aetiologie der Retroflexionen der Erschlaffungszustände zu erwähnen, die durch nicht puerperale Entzündungen herbeigeführt werden. Schröder [1] findet dass bei Nulliparen Retroflexio überhaupt selten vorkomme, ausser wenn durch Catarrhe das Uterusgewebe abnorm schlaff sei. Andere betonen besonders die Catarrhe der Uterushöhle (Grenser), oder chronische Metritis (Martin), zumal mit Atonie der Wandung durch Sekretstagnation und Höhlendilatation (Hildebrandt).

Ausserdem haben wir auch der lediglich durch die Menses gegebenen vorübergehenden Erschlaffungszustände zu gedenken, die hier gelegentlich von Bedeutung sein können; sowie schliesslich jener Allgemein-Erkrankungen, welche, wie Tuberculose, Scrophulose, Chlorose etc., Blutarmuth und allgemeine Muskelschwäche bedingen und somit auch zur Erschlaffung des Uterus und allfälliger Retroflexio Veranlassung sein können.

3) Retroversio-flexio in Folge veränderten Verhaltens der natürlichen Befestigungsmittel des Uterus.

Das eine seltenere Mal wird es sich hier um abnorme Fixirung des Cervix seitens des ihn normaliter nach vorne haltenden Apparates, das andere viel häufigere Mal um eine Erschlaffung handeln, welche die Stützelemente seiner hinteren Wand erleiden. Hat in beiden Fällen der Fundus seine normale Beweglichkeit, so kann dann das Verhalten des übrigen Befestigungsapparates nur von nebensächlicher Bedeutung sein, da sich dieser lediglich zwingenderen Verhältnissen zu accommodiren haben wird [2].

Die erstere der genannten Fixations-Anomalieen will Martin bereits in dem Ausspruche Sims': „Nothing is more common in old retroversions than to see the anterior wall of the vagina contracted", angedeutet finden. Er selbst hingegen beschreibt [3] die auffallende Annäherung und Fixation des Isthmus uteri an die Schamfuge durch Schrumpfung der Lig. pubo-vesico-uterina als einen seltenen, dann aber meist exquisit ausgebildeten Befund. Als ursächliche Momente erachtet er Pericystitis, Parametritis colli oder ein zur Resorption oder Vereiterung gelangtes Hämatom. Es wäre sonach, wie

[1] Ziemssen's Handbuch d. Path. u. Therap. X., S. 155.

[2] Schultze ersieht in der habituellen Ueberfüllung der Blase und der dadurch bedingten Zerrung und Schwächung der Muskulatur der Lig. rotunda ein zur Retroversio-flexio disponirendes Moment. (Arch. f. Gynäk. IV., 3. 404.)

[3] l. c. S. 35.

Martin (S. 204) fortfährt, für solche Fälle eine Entzündung der vorderen Wand des Mutterhalses und der Bindegewebszüge, welche von da zur Harnblase und um deren Hals zur Schamfuge gehen, das Primäre; Schrumpfung der Exsudate das Secundäre, und endlich die Umbeugung des am Isthmus fixirten Uterus nach hinten die nothwendige Folge des Druckes der Blase und Darmschlingen. — Zum Theile werden wir auf diese Kategorie von Erkrankungen auch in dem nächsten Abschnitte über abnorme Verlöthungen wieder zurückkommen müssen.

Viel häufiger, wie gesagt, begegnen wir Deviationen nach rückwärts, deren Entstehung auf eine Erschlaffung der Befestigungsmittel der hinteren Wand des Uterus zurückzuführen ist. Hildebrandt hat in eingehender Weise unsere Aufmerksamkeit auf diesen Punkt zu lenken gesucht. Er zeigte [1] wie die pralle Füllung der an der hinteren Uteruswand zahlreicher und dichter gelegenen Gefässstämme, sowie insbesondere die straffe Spannung der Douglas'schen Falten und normaler Tonus des in ihnen liegenden Retractor uteri — die, die Einknickung des Uterus nach rückwärts hindernden und dessen physiologische Vorneigung begünstigenden Faktoren seien. Zustände, welche diese Stützen der hinteren Wand erschlaffen machen, die nur bindegewebigen Befestigungsmittel der vorderen Wand aber intact lassen, müssen unter Mithülfe des abdominalen Druckes Retroversioflexio bewirken. Als solche Zustände bezeichnet Hildebrandt folgerichtig Blutarmuth und allgemeine Muskelschwäche, oder specielle Muskelerschlaffung oder Verfettung in den Genitalien, wie sie zumal bei Frauen mit impotenten Männern, Masturbantinen, oder auf zu langes Stillen (bis zu 5 Jahren!) vorkommen; — als unterstützendes Moment die oft gleichzeitige, oben erwähnte, schleichende Metritis mit Sekretstagnation etc. — Den so zu Stande gekommenen Retroflexionen stellt nun Hildebrandt die auf mangelhafter puerperaler Rückbildung basirenden an die Seite, indem er, wie bereits hervorgehoben, dort ebenfalls der auf die Adnexa des Uterus greifenden Erschlaffung das Hauptgewicht beilegt [2].

Schultze [3] führt als Ursache der von Hildebrandt betonten Erschlaffung der Retractores uteri ausserdem noch die habituelle Füllung des Rectums an, und ersieht [4] auch in der Parametritis posterior

---

[1] l. c. S. 40 u. s. f.

[2] s. im Vorigen S. 18.

[3] Arch. f. Gynäk. IV., 3. 404.

[4] Arch. f. Gynäk. VIII., 1. 164 u. 165.

wieder, bei Ausgang in vollständige Resorption, eine zu Retroversio-flexio disponirende Bedingung, wenn nämlich, unmittelbar nach Lösung der Verkürzuug der Douglas'schen Falten, eine solche Verlängerung derselben eintritt, dass Retroversio möglich wird.

Auch Grenser[1] hält sich, für Retro-Deviationen bei Jungfrauen und sterilen Frauen mit Anämie aber sonst intacter anatomischer Structur, an die Hildebrandt'sche Erklärung, und erkennt in der Trägheit der Verdauung und habituellen Obstruction ein begünstigendes Moment.

Amann[2] endlich betrachtet Retroversio und Flexio überhaupt kurzgefasst als das Ergebniss eines Erschlaffungszustandes der Muskelschichte des Uterus und der muskulären Elemente seiner Ligamente sowie des oberen Theiles der Scheide.

An dieser Stelle wollen wir auch die Frage, wieso es im speciellen Falle zur Retroversio oder Flexio komme, und was von der Plötzlichkeit eines solchen Ereignisses in gewissen Fällen zu halten sei, mit ein paar Worten berühren. In beiderlei Punkten scheint es uns zumal lediglich ein Plus der zur Geltung kommenden ursächlichen Momente zu sein, welches den Ausschlag gibt. Während das eine Mal ein gewisser Grad der Erschlaffung des Uterus und seiner Adnexa unter gewisser Grösse des abdominalen Druckes zu Retroversio führt, kommt es das andere Mal unter gesteigertem Einfluss dieser Momente zur Retroflexio, oder wird im selben, ersten Falle durch eine weitere Steigerung der gedachten Bedingungen aus der Versio eine Flexio. Und wieder, während unter gewissen Bedingungen der Uterus oft nahe daran sein mag eine Rückbeugung zu erfahren, aber doch noch, wegen ungenügender Energie derselben, in seine Normallage zurückkehrt, wird er bei anderer Gelegenheit unter weiterer Steigerung dieser Bedingungen plötzlich nach rückwärts dislocirt sein.

Wol glauben wir diess Grundprincip auch bei den Autoren im Allgemeinen festgehalten zu sehen; nur die einzelnen Ansichten über die nothwendige Art dieser bestimmten Bedingungen gehen etwas auseinander.

Was den Punkt ob Versio ob Flexio betrifft, hält man mit Schröder[3] an der Nothwendigkeit normalen oder angeschwollenen Uterusparenchyms für Retroversio, erschlaffter Uteruswandungen für

---

[1] l. c. S. 150.

[2] l. c. S. 323.

[3] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 37, S. 332.

Retroflexio fest; — oder begnügt sich mit Hildebrandt [1], in mit dem eben Gesagten zusammenfallender Weise, die Flexio als gleich von vorhinein durch ein Uebermass des Druckes der Bauchpresse, Erschütterung etc., oder aber aus bestehender Versio, durch einfache Fortwirkung der Bauchpresse, zu Stande gekommen zu betrachten.

Ebenso auch was die Plötzlichkeit des Auftretens dieser Dislocationen für gewisse Fälle betrifft, erachtet man mit Schröder [2] eine heftige Einwirkung der Bauchpresse (Husten, Erbrechen, Fall etc.) bei etwas reclinirt liegendem Uterus für genügend, und betont sogar (wie Graily Hewitt für seltenere Fälle) die Möglichkeit der gleichzeitigen Gesundheit des Organes; — oder verlangt auch hiefür eine vorgängige Erschlaffung des Befestigungs-Apparates (Hildebrandt, Schultze), oder sonstige Bedingungen, wie Anwesenheit der Menses (Grenser) etc. — Wohin unsere Ansicht bezüglich dieses speciellen Punktes geht, ist aus dem Früheren (S. 17) ersichtlich [3].

4) Retroversio-flexio in Folge neugebildeter Anheftungen des Uterus. (Verlöthung, bandartige Adhäsionen.)

Im Allgemeinen können wir diessbezüglich, mutatis mutandis, auf das bei der Anteversio-flexio bereits Gesagte verweisen. Verwachsungen des Fundus nach hinten, directe Anlöthungen der hinteren Gebärmutterfläche an den Mastdarm, können zur Rückbeugung des Uterus führen; meist jedoch gelten auch sie als secundäre Erscheinungen. — Hieher zu zählen wird die von Martin erwähnte Narbenschrumpfung im vorderen Scheidengewölbe [4] sein, welche er der oben angeführten Schrumpfung der Lig. pubo-vesico-uterina an die Seite stellt, und welche durch Fixation des Isthmus an die Symphyse und unter dem Drucke der Blase und Darmschlingen ebenfalls Retroflexio bewirkt. Ursächliche Momente sind in beiderlei Fällen Pericystitis, Parametritis colli, zur Resorption oder Vereiterung gelangtes Hämatom.

Wichtig scheint uns auch die Erinnerung Schultze's an die bei gleichzeitigem Bestand von Blasen- oder Ureter-Scheidenfisteln vorkommenden Retroflexionen [5], die er auf Fixirung des unteren Uterin-

[1] l. c. S. 41.

[2] Ziemssen's Handbuch d. Path. u. Therap. X., S. 154.

[3] Vereinzelte Fälle von plötzlicher Retroflexio selbst bei vorher normalem Uterus, wie durch schweren Fall auf das Becken, gibt auch Hildebrandt zu. (l. c. S. 45.)

[4] l. c. S. 203.

[5] Arch. f. Gynäk. IV., 3. S. 404 und Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 50, S. 415.

abschnittes an die vordere Beckenwand durch den Vernarbungsprocess, welcher der gangränösen Abstossung (Fistelbildung) folgte, zurückführt. Den endlichen Ausschlag gibt natürlich auch hier wieder der abdominale Druck.

5) Retroversio-flexio in Folge von Veränderungen der Nachbarorgane des Uterus.

Auch diessbezüglich gilt das bereits bei Besprechung der Anteversio-flexio Gesagte. Unter geeigneten Bedingungen werden die differentesten nachbarlichen Tumoren dem Uterus auch eine Retroversions- oder Retroflexions-Stellung aufzwingen können. — Nur einer speciellen Gattung solcher Fälle wollen wir Erwähnung thun. Wir finden sie bei Martin [1], auf dessen umfassende Arbeit wir immer wieder zurückkommen müssen, hervorgehoben, und handelt es sich dabei um Zerrung des Uterus nach rückwärts, seitens eines verkürzten Lig. ovarii, bei gleichzeitiger Fixation des betreffenden, nicht zu sehr vergrösserten Ovariums am Becken durch eine vorausgegangene Exsudation. Dortselbst bezieht sich Martin auch auf das von Rigby und Head häufig notirte gleichzeitige Vorkommen von Retroflexio und entzündlich geschwelltem Ovarium. — Wie immer diese Sache zu deuten sei — (allerdings könnte die Schwellung des Ovariums zuweilen ein secundäres Ereigniss sein) — wollten wir sie berührt haben, da unserer Erfahrung nach entsprechende Befunde nicht allzuselten zur Beobachtung kommen.

Im Ganzen werden die Fälle dieser Gruppe für unsere Betrachtungen nur von geringem Interesse sein.

Unsere Aufgabe ist es nun, zu ermitteln, wann es sich in diesen, nach ihren verschiedenen ätiologischen Momenten präcisirten Fällen rationeller Weise noch um eine gegen das ursächliche Moment gerichtete Therapie handeln könne, und wann wieder wir es mit reinen, fertigen Inflexionen zu thun haben werden, deren Entstehungsgrund allenfalls noch zu ermitteln, aber nicht mehr zu bekämpfen ist; und die uns zusammen mit jenen Fällen, deren ätiologische Verhältnisse wir nicht mehr eruiren können, und die also bislang eigentlich auch ausserhalb des obigen Schema's zu liegen kämen, jenes zu Anfang

---

[1] l. c. S. 36 u. 209.

betonte Kontingent von „Flexionen an sich“, von Flexionen sui generis in unserem Sinne, liefern.

Haben wir diese Grenze in möglichst bestimmter Weise gezogen, so haben wir damit gleichzeitig gekennzeichnet, welche Ausdehnung im Allgemeinen dem Gebiete für die directe Inangriffnahme der Deviationen zukomme.

Wir wollen hier die jeweiligen obigen Formen von Vor- und Rückbeugungen zusammen vornehmen.

In der sämmtlichen Reihe der durch Abnormitäten der Entwicklung bedingten (häufigen) Ante- und (seltenen) Retroflexionen kann von einer gegen das ursächliche Moment gerichteten therapeutischen Beeinflussung natürlich keine Rede sein, sondern präsentiren sich uns diese Fälle insgesammt, soweit sie zu unserer Beobachtung gelangen, als Flexionen sui generis.

Bei den durch Veränderungen in der Substanz des Uterus zu Stande gekommenen Deviationen steht einer gegen das ursächliche Moment gerichteten Therapie zweifelsohne ein weites Feld offen. Ist eine Gewichts- und Volumszunahme des Uterus durch Hypertrophie oder entzündliche Processe Anlass der Versio-flexio, so wird man trachten diese pathologischen Vorgänge rückgängig zu machen, und vielleicht so auch eine Besserung der Deviation erzielen. Haben Fremdbildungen in der Uterus-Substanz diesen Effect, wird man bestrebt sein dieselben in passender Weise zu entfernen.

Was aber die Erschlaffungszustände der Muskelsubstanz betrifft, wird man in den aus dem Puerperium stammenden Fällen von Knickungen so viel möglich die weitere Involution des Uterus zu unterstützen trachten, in den aus nicht puerperaler Entzündung hervorgehenden Fällen den normalen Tonus des Gewebes wieder herzustellen bemüht sein, und in jenen mit Störungen des Gesammtorganismus zusammenhängenden Fällen endlich, durch möglichste Hebung des allgemeinen Kräftezustandes auch eine Besserung der örtlichen Verhältnisse des Uterus zu bewirken suchen.

Dem Anscheine nach müsste man also in dieser ganzen Kategorie von Deviationen mit einer anderweitigen Therapie zum Ziele kommen, und käme ein gegen die Knickung an sich gerichtetes Verfahren hier gar nicht in das Bereich der Nothwendigkeit. Leider jedoch stellt sich die Sache näher betrachtet so ziemlich anders.

Zugegeben schon, man käme in den auf Volums- und Gewichtsvermehrung des Uterus beruhenden Fällen durch entsprechende Medi-

cationen, Operationen etc. wirklich häufig zum Ziele, so behaupten wir doch, dass hievon schon — der Erfolglosigkeit anderer Mittel halber — die Mehrzahl der Fälle schliesslich einer einfach orthopädischen Therapie anheimfallen wird. Was aber die auf Erschlaffung der Substanz beruhenden Fälle betrifft, so sind wir geradezu geneigt, von vorhinein zu erklären, dass diese Fälle nach längerem Bestande sämmtlich in unser Gebiet der Flexionen sui generis fallen. Wir selbst hatten Gelegenheit die im Puerperium vorkommenden verschiedenen Deviationen in ihrem freiwilligen Auftreten und Verschwinden eingehend zu beobachten. (S. unsere diessbezügliche Arbeit „Ueber den puerperalen Uterus".) Wir zuerst sind bereit, für die restirenden Formen die Macht einer rationellen ursächlichen Therapie anzuerkennen — soweit nur eine nicht allzulange Zeit vorüber, i. e. so lange überhaupt ein noch fortschreitender Involutionsprocess supponirt werden kann. Ist aber jene Epoche abgelaufen, sind einmal die von Rokitansky geschilderten Aenderungen des submucösen Bindegewebsstratum — ob nun der Knickung vorausgehend oder derselben nachfolgend — überhaupt zu Stande gekommen, ist der von Virchow beobachtete Schwund der Muskelsubstanz in der betreffenden Wand des Orif. int. nach etlicher Dauer der Knickung eingetreten, hat sich endlich der ganze Befestigungsapparat des Uterus der geänderten Lage und Haltung desselben — abgesehen davon was daran primär, was secundär geschehen — stetig accommodirt, — so können wir keiner Therapie mehr das Wort sprechen, sie sei denn eine gegen die Knickung als solche gerichtete, orthopädische.

Was hier für die aus Puerperien stammenden Fälle gesagt wurde gilt auch für alle übrigen dieser Gruppe, sobald eben der zunächst zur Erschlaffung der Substanz führende Process bereits die auseinandergesetzten Folgen nach sich gebracht hat.

Eine in gewissem Grade ähnliche Beurtheilung werden auch die Fälle der dritten Gruppe, die durch ein geändertes Verhalten der natürlichen Befestigungsmittel geschaffenen Versionen und Flexionen zu erfahren haben. Was die Dislocationen nach vorne betrifft, sahen wir dort zumal auf eine Schrumpfung gewisser Partieen des Befestigungsapparates, was die Dislocationen nach rückwärts betrifft, zumal auf eine Erschlaffung gewisser Befestigungsmittel Gewicht gelegt. Eine ursächliche Therapie wird hierbei in Anwendung kommen, einerseits so lange noch der eine Schrumpfung bedingende Process bekämpfbar erscheint, andererseits so lange noch Aussicht vorhanden die bestehende Erschlaffung rückgängig zu machen. Beide Male kann

dann auch eine spontane Besserung der Deviation noch im Bereiche der Möglichkeit liegen.

Der Bekämpfung entzündlicher Reste in der Umgebung der Lig. lata (Virchow), exsudativer Processe um die Lig. rotunda (Martin), entlang den Douglas'schen Falten (Martin), parametritischer Erscheinungen in den letzteren (Schultze), etc. — bei den Dislocationen nach vorne — der Bekämpfung entzündlicher Reste um die Lig. pubo-vesico-uter. (Martin), mehr noch der Elimination jener Factoren, die eine Erschlaffung der Stützen der hinteren Uteruswand begünstigen (Hildebrandt), etc. — bei den Dislocationen nach rückwärts — wird also zuvörderst volle Rechnung zu tragen sein.

Ist aber in dieser Richtung alles Zweckentsprechende in Anwendung gekommen und dauert nach Behebung des ursächlichen Momentes — wegen bereits zu fixer secundärer Veränderungen im Uterus selbst — oder bei nicht mehr zu beeinflussender Persistenz jenes Momentes (Narbenschrumpfung, uncorrigirbare Erschlaffung etc.) — die Lageabweichung dennoch fort, so haben wir wieder lediglich der Knickung an sich unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die vierte Gruppe umfasst jene Deviationen, die durch Verlöthung des Uterus mit der Nachbarschaft, durch bandartige Adhäsionen verschiedener Art zu Stande gekommen sind.

Es ist selbstverständlich, dass man auch hier zunächst Alles daran setzen werde derartige Verklebungsprocesse rückgängig zu machen. Wo dieselben der Deviation wirklich vorangingen, wird auch an eine mögliche Hebung der letzteren auf diesem Wege zu denken sein. — Ist die Wegschaffung solcher neugebildeter Anheftungen nicht mehr möglich, oder besteht, nachdem diess gelungen, die Deviation fort, so kann wieder diese letztere nur Object unserer Therapie sein.

Die angenommener Weise häufigeren Fälle, in denen sich Adhäsionen nach bereits bestehender Knickung herausbildeten, gehören natürlich strenge genommen gar nicht hieher, sondern können nur gelegentlich Besprechung der die Behebung der Knickungen erschwerenden oder contra-indicirenden Umstände in Betracht gezogen werden.

Was endlich die letzte Gruppe, die durch den Einfluss nachbarlicher Tumoren bedingten Deviationen betrifft, so wird hier überhaupt die Deviation meist nur von nebensächlicher Bedeutung sein, und unser ganzes Einschreiten zunächst den durch den vorhandenen Tumor gegebenen Indicationen entsprechen müssen. Ist auf diesem oder jenem Wege dessen Beseitigung gelungen, so kann, falls die

Deviation des Uterus fortbestehen sollte, auch diese an sich noch zu bekämpfen sein.

Kurz wiederholt fallen also in den Wirkungskreis des directen, orthopädischen Verfahrens folgende Arten von Neigungen und Beugungen: 1) Die durch eine Abnormität der Entwicklung bedingten. 2) Die auf einer Gewichts- und Volumszunahme des Uterus beruhenden, wenn eine andere Therapie nicht gut zum Ziele führt; und sämmtliche aus Erschlaffung der Substanz hervorgehenden, sobald sie einigermassen veraltet sind. 3) Die auf einer Schrumpfung oder Erschlaffung der natürlichen Befestigungsmittel beruhenden, sobald beiderlei Zustände nicht mehr zu beheben sind, oder sobald nach deren Beseitigung die Deviation fortbesteht. 4) Die durch Adhäsionen herbeigeführten, sobald die letzteren nicht entfernbar, oder falls trotz ihrer Wegschaffung die Deviation fortbesteht. 5) Die durch nachbarliche Tumoren bedingten, falls nach Entfernung des Tumors die Deviation andauert. 6) Endlich jene eingangs miterwähnte Kategorie, deren ätiologisches Moment überhaupt nicht mehr nachweisbar ist.

II.

Zweifelsohne ist das durch die vorgenannten Grenzen gekennzeichnete Gebiet der orthopädischen Therapie ein weites, doch sind es ja keineswegs alle, sondern nur ein Theil der hiehergehörigen Fälle, die unseres Einschreitens faktisch bedürfen.

Wir wollen nun darangehen, diese letzteren, die eigentlichen Objecte der orthopädischen Therapie, näher zu bezeichnen, i. e. uns über die Verhältnisse auszusprechen, die wir als die Indicationen für das gedachte Verfahren erachten.

Bekanntlich wurde, so wie über die verschiedenen Grade der Flexionen und Versionen, was davon noch als normal, was als pathologisch gelten solle — ebenso über den Punkt, welche der Fälle einer Therapie bedürften, welche nicht, schon von den massgebendsten Seiten vielfach gesprochen und gestritten, ohne dass in dieser Frage bisher endgültige, allgemein anerkannte Resultate erzielt worden wären.

Was z. B. die Anteflexio betrifft, ist, bei dem Umstande, dass ein gewisser Grad der Vorwärtsbeugung wirklich als normal zu betrachten ist, dass die Befunde in dieser Richtung stets so sehr abhängig von den jeweiligen Einflüssen der Blase und des Mastdarmes sind — der Streit, wo liegt die Grenze des Normalen, wohl einzusehen; — was die Deviationen überhaupt betrifft, ist, bei dem Umstande, dass oft die ausgesprochensten derselben ohne alle begleitenden Beschwerden vorkommen, der Streit, was soll behandelt werden, was nicht — gleichfalls erklärlich, — ist aber auch andererseits eine Erledigung desselben von dem Standpunkte des objectiven Befundes aus kaum abzusehen.

(Immerhin möge jedoch die Lösung auch dieser Frage noch weiter angestrebt werden. Sie hat theoretisch grosses Interesse und auch der Praktiker wird die diessbezüglichen Fortschritte stets mit Nutzen vernehmen.)

Doch wir brauchen dem gegebenen Falle gegenüber Fixes, Positives. Wir sollen helfend eingreifen wo über Leiden geklagt wird, ganz abgesehen davon ob sich das betreffende Individuum nach dem jeweiligen Stand unserer Theorie noch normal fühlen sollte oder nicht.

Haben wir also, um zu unserer Aufgabe zurückzukehren, nach Richtigstellung der anamnestischen Verhältnisse den Fall schon als

dem gekennzeichneten Gebiete zufallend erkannt, so werden wir doch darauf und auf den objectiven Befund allein unsere Indication nicht stützen können.

Was hat uns demnach als Richtschnur für unser Urtheil und Handeln zu gelten?

Unserer Erfahrung nach gibt es da nur eine Lösung. Entsprechen die anamnestischen Verhältnisse, und haben wir es mit dieser oder jener als abnorm imponirenden Neigung oder Beugung des Uterus zu thun, so fasse man den Symptomen-Complex ins Auge, beurtheile den Fall sogar mehr nach diesem als nach dem objectiven Befunde und greife auch dort ein, wo es nur irgend möglich erscheint, dass die vorliegenden Verhältnisse den Symptomen-Complex bedingen könnten; kurz man beurtheile die gedachte Neigung und Beugung nach ihren Folgen, und ersehe in jenen Fällen eine Indication für unser Verfahren, wo solche Folgen, gleichviel in welchem Grade, vorhanden sind — während man als zur Behandlung nicht geeignet, jene unberührt lässt, die mit keinerlei Störung der vitalen Vorgänge einhergehen, wie immer dann der objective Befund sei, den sie darbieten.

Drei Factoren sind es also, auf die wir die Indication zur Anwendung des orthopädischen Verfahrens gestützt sehen wollen. 1) Die als abnorm imponirende Deviation. 2) Die Erkenntniss, dass dieselbe keiner anderweitigen Therapie mehr anheimfallen könne als eben der orthopädischen. 3) Das Bestehen eines Symptomen-Complexes, der wenigstens aller Wahrscheinlichkeit nach durch die Deviation bedingt ist.

So gut wir einerseits der Ansicht sind, dass dieser mit aller Umsicht zu gewinnende Standpunkt der einzige für uns massgebende sein dürfe, so sehr sind wir andererseits überzeugt, dass nur durch ihn ein Ausgleich in die diessbezüglichen differenten Meinungs-Aeusserungen zu bringen sei.

Fassen wir als Beleg dessen einige Aussprüche zweier unserer vorzüglichsten Autoren ins Auge.

Schröder, der zwar schliesslich in Betracht dessen, dass auch die falsche Lage an sich der Regel nach Störungen hervorbringt, die Behandlung der Lageveränderungen als solcher überhaupt für durchaus indicirt erklärt [1], betont doch in puncto Anteflexio, wegen der schwierigen Entscheidung wann dort die Abnormität beginne,

[1] l. c. S. 162, 163.

dass es von den Symptomen die diese hervorrufe abhängig zu machen sei, ob man die Lageveränderung für normal oder abnorm nehmen solle [1].

Schultze, dem die Vorwärtslagerungen nur durch etwaige Fixation anomal erscheinen, der diese Fixation allein das Object für rationelle Therapie nennt, [2] und nur die Rückwärtslagerungen als eine Anomalie an sich betrachtet, welche mechanisch wirkender Therapie direct zugänglich sind [3] — äussert sich nun gegen obigen Satz Schröder's (betreffs der Anteflexio) in folgender Weise: Die pathologische Anteflexio nach den Symptomen zu diagnosticiren, bedürfte es eigentlich nicht der gynäkologischen Untersuchung — übrigens kann ja auch wo Endometritis, chronische Oophoritis, ungünstige Form der Portio, ein Allgemeinleiden der Frau, Gesundheitsstörung des Gatten, Ursache der gedachten Symptome ist, Anteflexio gefunden werden. — Eine Krankheitserscheinung als Symptom einer Krankheit festzustellen, so fährt Schultze fort, muss doch das gleichzeitige Bestehen und Schwinden beider festgestellt sein — das selbige Symptom aber für Definition und Erkennung der Krankheit charakteristisch zu erachten, gibt einen Circulus vitiosus. Was liegt näher, als bei Vorhandensein entsprechender Symptome auch die normale Lage und Form des Uterus unschuldiger Weise zu behandeln? u. s. f. [4]

So sieht Schultze den bisher üblichen Begriff der pathologischen Anteflexio „falsch und jetzt völlig verbraucht“ [5] — verwirft sowohl die Würdigung der Anteflexio nach dem Grade des Winkels als nach den Symptomen (die anderweitig bedingt sein können) und legt, wie erwähnt, den Schwerpunkt der Diagnose in die „Erkenntniss der pathologischen hinteren Fixation“, den Schwerpunkt der Therapie in die Beseitigung des derselben zu Grunde liegenden entzündlichen Processes [6].

Wie haben wir uns nun nach unserem oberwähnten Standpunkte in dieser Controverse die Dinge zurecht zu legen?

Zunächst erwiedern wir auf Schultze's Einwürfe, dass auch zur Würdigung der Symptome die gynäkologische Untersuchung allerdings nöthig ist, gerade um den möglichen Bestand einer Endometritis, chronischen Oophoritis etc. ausschliessen zu können, und der Annahme,

---

[1] l. c. S. 158.
[2] Arch. f. Gynäk. IV., 3. S. 398.
[3] l. c. S. 399.
[4] Arch. f. Gynäk. VIII., 1. S. 169.
[5] l. c. S. 170.
[6] l. c. S. 179—180.

dass die Symptome lediglich durch die Knickung bedingt seien, zunächst eine Basis zu schaffen. Ferner, dass ja das mit der Flexion gleichzeitige Bestehen und Schwinden der gedachten Symptome sehr oft zu beobachten ist, und dass ja zur Vermeidung eines Circulus vitiosus, zur Erkenntniss ob der Uterus nicht „unschuldiger Weise" behandelt würde — oft wirklich ein therapeutischer Versuch der einzige Weg ist, der uns Klarheit gibt, ob wir die Symptome richtiger oder irriger Weise mit der vorgefundenen Knickung in Zusammenhang gebracht hatten.

Auch wir verwerfen die Beurtheilung der Flexion nach dem Grade des Winkels, aber wir würdigen die Symptome, falls sie uns eben gerade durch die Knickung „und nicht anderweitig" bedingt zu sein scheinen.

Was aber die Hauptsache ist, wir müssen, falls wir eine genügende Richtschnur für unser Verhalten daraus abnehmen sollten, den Ausspruch Schröder's als zu allgemein, jenen Schultze's als auf zu Specielles gerichtet erachten.

Wir müssen Schröder's Rath, die Anteflexio nach den Symptomen als abnorm anzusprechen, d. i. doch auch, sie dann zu behandeln, als zu allgemein gegeben erachten, denn sie lässt Einsprüche wie z. B. jenen weiteren Schultze's (s. o.) zu, obgleich wir keineswegs glauben, Schröder bestritte, dass wenn in irgend einem Falle ein entzündlicher Process im Bandapparate die Knickung und deren Folgen bedinge, unsere ganzen Eingriffe gegen diesen gerichtet sein müssten.

Statt der blossen Betonung der Symptome wäre also, unserem obigen Standpunkte nach, hier gleichzeitig die Nothwendigkeit des wahrscheinlichen Zusammenhanges derselben mit der Flexion, sowie was die Bekämpfung der Knickung als solcher betrifft, die bereits berechtigte Ausschliessung jeder ursächlichen Therapie hervorzuheben gewesen.

Was hiegegen Schultze's Entgegenhalten der durch hintere Fixation bedingten Anteflexionen anbelangt, so konnten dieselben dem Schröder'schen Ausspruche gegenüber wol gar nicht so an die Spitze gestellt werden, selbst dann nicht, wenn in der That die meisten Anteflexionen in dieser Weise zu Stande kämen. Schultze hat da Flexionen im Auge, bei denen das ätiologische Moment noch fort eine Rolle spielt — Schröder, wenn wir ihn recht verstanden, sprach nur von der reinen, fertigen Flexion, die lediglich noch als „Flexion an sich" in Angriff genommen werden kann.

Entstehen die meisten Anteflexionen durch hintere Fixation, so

wird es, wie früher angedeutet, Niemanden beifallen zu bezweifeln, dass diese Fixation bekämpft werden müsse; nicht um letzteres, nur um ersteres kann sich überhaupt die Frage drehen. Doch handelt es sich darum, an welcher Stelle diese Frage in Betracht zu kommen hat.

Wo von der Bekämpfung der Flexionen als solcher die Rede ist, wo das ätiologische Moment, wenn überhaupt, so nur als abgelaufener Process noch eruirbar ist — da kann doch nicht ein Vorgehen angezogen werden, das lediglich auf Beseitigung des ätiologischen Momentes abzielt. Drückt ein Tumor den Uterus in eine Knickungs-Stellung, so muss der Tumor entfernt werden um die Knickung zu beheben. Ist eine Fixation Ursache der Knickung, so muss diese Fixation zum Schwinden gebracht werden — das Beides ist klar. Doch um zu erfahren was zu thun ist, falls nach Entfernung des Tumors die Knickung fortbesteht, muss uns derjenige, der den Uterus durch eine Fixation geknickt sah, nicht auf das verweisen, was er zur Entfernung der Fixation ins Werk setzte, sondern auf das, was sich ihm dann nützlich erwies, wenn auch nach Behebung der Fixation die Knickung fortbestanden hatte.

Ein Aequivalent an die Spitze zu stellen, hätte also Schultze, unseres Erachtens nach, einer ganz anderen Kategorie von Flexionen, deren er an anderer Stelle wol gedenkt, wenn er sie auch als Seltenheiten betrachtet, Erwähnung thun müssen. Fassen wir aber jene Kategorie ins Auge, so werden wir sehen, wie wenig eigentlich Schultze's Ansichten mit der Schröder's und auch mit unserer differiren.

Auf einige Gruppen von Retroflexionen zu sprechen kommend, die auch seiner Ansicht nach der orthopädischen Behandlung bedürfen (wovon später), wirft Schultze einleitender Weise noch einen Streifblick auf die Anteflexionen[1], wiederholt kurz das Resultat seiner diessbezüglichen, obgedachten Auseinandersetzungen und fügt dann bei, dass „solche Fälle, in welchen, nachdem der Uterus im Ganzen beweglich geworden ist, der Flexionswinkel bestehen bleibt, als indicationgebend für Einlegung intra-uteriner Pessarien noch am ehesten angesehen werden könnten". Wegen baldigen Schwindens des Flexionswinkels, oder bei Fortbestand desselben, wegen mangelnder Starrheit (so dass Beschwerden fehlten), oder bei bestehender Starrheit, wegen Schwierigkeiten für den Stift — fand Schultze selbst die orthopädische Behandlung auch hier nie indicirt, doch will er dieselbe in solchem Falle nicht tadeln „wenn bei Abwesenheit entzündlicher Complicationen

[1] Arch. f. Gynäk. IV., 3. S. 410.

die Annahme einer anderen Ursache für vorhandene Menstruationskoliken oder bestehende Sterilität nicht näher liegt".

Ist hiermit nicht auch schon die ganze Lösung des zweiten Punktes der Controverse gegeben?

Höchstens würden wir noch in etwas an der Häufigkeit des baldigen Schwindens des Flexionswinkel sobald die Fixation längere Zeit bestanden hatte, oder an der zu grossen Schwierigkeit für den Stift bei andauernder Starrheit des Flexionswinkels, zweifeln — doch in Anbetracht alles Andern ist Schultze's Standpunkt nicht ganz der unserige? Und was wieder Schröder betrifft, ist dessen Bezugnahme auf die Symptome für Erkenntniss (und Behandlung) der abnormen Anteflexio nicht eben wieder durch Schultze's Satz: „wenn die Annahme einer anderen Ursache für vorhandene Menstruationskoliken oder bestehende Sterilität nicht näher liegt" vollkommen gerechtfertigt?

Zum Schlusse sehen wir also im grossen Ganzen Schröder's, Schultze's und unsere Intentionen nur auf dasselbe hinausgehend. Schröder's Fassung war vielleicht einzig etwas zu allgemein gegeben; Schultze erachtet einfach eine bestimmte Kategorie von Fällen für häufiger vorkommend als diess nach der Ansicht Anderer der Fall ist, hält aber unter denselben Verhältnissen dasselbe Vorgehen für räthlich wie Schröder und wir.

Nach dem Gesagten ist es also allerdings von grossem Belange sich auch über die verschiedenen Arten von Symptomen klar zu werden, die erfahrungsgemäss durch die Deviationen als solche bedingt sein können. Im Allgemeinen wiederholen sich dieselben in den betreffenden Fällen ziemlich verlässlich und werden demnach auch ziemlich übereinstimmend beschrieben. Doch mit der Erweiterung unserer Kenntniss derartiger Fälle dehnt sich auch der Kreis der symptomatischen Erscheinungen durch das Hinzutreten ausserordentlicher, ungewöhnlicher Einzelheiten immer weiter vor uns aus. Zweifelsohne haben wir es sogar oft lediglich mit derlei Varianten zu thun.

Wir wollen hier zunächst die gewöhnlicheren, sich am häufigsten wiederholenden Symptome nennen und darnach einzelne andere, seltenerer Art. Im Durchschnitt beziehen sich dieselben sowol auf Vor- als Rückwärtslagerungen, bloss falls sie den ersteren oder letzteren speciell zukommen, wollen wir das besonders hervorheben.

Gewöhnlichere Symptome:

Die an der Knickungsstelle geschaffene mechanische Kreislaufsstörung bedingt mehr weniger intensiven Katarrh der Uterin-Schleimhaut mit häufigen Erosionen am Muttermunde.

Der genannten, sowie weiteren Circulations-Störungen in den Beckengefässen entstammen Neigungen zu Blutungen, verstärkter oder protrahirter Menstrualblutung, Metrorrhagieen in den Intervallen der Menses. Bei den reinen Versionen sind der weniger gestörten Circulation halber die Blutungen meist geringer.

Durch die Schwellung der Schleimhaut und dadurch gesetzte Stenosirung des Cervicalcanales, oder durch die lediglich durch die Inflexion geschaffene Aufhebung des Lumens desselben, entsteht Dysmenorrhoea, erschwerter und unterbrochener Abgang des Menstrualblutes unter begleitenden wehenartigen Schmerzen, Uterinkolik*. Handelt es sich um mehr weniger reine Versionen, fällt also die durch die Inflexion gesetzte Verengung weg, so sind die dysmenorrhoischen Beschwerden meist geringer.

Die Verlegung des Cervicalcanales durch angehäuftes Sekret, die ebenerwähnte Verengung oder Aufhebung seines Lumens, die Dislocation des Muttermundes bei den Versionen, erschweren den Eintritt des Spermas und veranlassen Sterilität.

Der Druck des Fundus auf den Mastdarm bei Rückwärtslagerungen (seltener der Druck der Portio auf den Mastdarm bei reinen Anteversionen) bedingt trägere Stuhlentleerengen bis zu hartnäckiger Obstipation, häufigen Meteorismus, im Zusammenhange damit oft Störungen der Digestion.

---

* Fälle, ähnlich den zwei folgenden, gehören zu den häufigsten Vorkommnissen:

Frl. N., 20jährige Kammerzofe aus R. bei Graz, leidet seit Beginn ihrer Pubertät bei jeder Periode an heftigen Uterinkoliken begleitet von diversen hysterischen Zufällen. Die Untersuchung ergibt geringen Uterinkatarrh und Retroflexio des puerilen Uterus. Nach Einlegung des intrauterinen Stiftes werden die Menses regelmässig, bis auf ziemlich gesteigerte Menge des abfliessenden Blutes. In Rücksicht auf letzteren Umstand wird der Stift zur Zeit der dritten Periode bereits wieder entfernt. Die Anfangs bestandenen Beschwerden kehren nicht wieder.

Frau P. aus Z. in Kärnten, 32jährige Nullipara, leidet an schmerzhafter Dysmenorrhoea in Folge von Anteflexio uteri. Der Intrauterin-Stift wird mit kleinen Pausen fast durch 2 Jahre getragen. Er behebt die Beschwerden während der Menses, so lange er applicirt ist, völlig, doch kehren kleine Mahnungen noch immer wieder sobald er entfernt wird. Es wird desshalb die orthopädische Behandlung vorläufig noch fortgesetzt.

Durch Druck auf die Blase kommt es sowol bei den Deviationen nach vorne als bei jenen nach rückwärts häufig zu Harnbeschwerden, zumal zu lästigem Harndrängen *. Harnverhaltung tritt häufiger bei den Retrodeviationen auf, wegen Druckes der Portio auf den Blasenhals.

Durch Nervendruck auf der Knickungsseite, durch Zerrung am Befestigungsapparate des Uterus, durch häufig zu Stande kommende schleichende entzündliche Processe, kommt es zu diversen constanten oder intermittirenden, leichteren oder intensiveren Schmerzempfindungen. Die Vorwärtslagerungen begleitet meist ein lästiges Ziehen in den Leisten, ein Gefühl von Schwere und Druck nach vorne. Die Rückwärtslagerungen gleichfalls ein höchst beschwerliches Abwärtsdrängen und Pressen, sowie zumal Schmerzen in der Kreuzgegend. Gewöhnlich findet sich ein Ausstrahlen dieser schmerzhaften Empfindungen in die oberen Partieen der Unterextremitäten.

Allgemeine leichte Störungen, zumal des Nervensystems (Hysterie), begleiten diese verschiedenen Erscheinungen fast in allen Fällen.

Seltenere Symptome:

Dieselben beruhen meist in einer excessiven Steigerung der bereits angedeuteten Erscheinungen, oder kommen ganz ungewöhnlicher Weise durch ein besonderes Ineinandergreifen abnormer Zustände zu Stande. Wir wollen einzelne dieser Vorkommnisse hier anführen.

---

* Wir notiren hier beispielsweise folgenden Fall:

Frau M. aus Kroatien, durch Dr. B. an uns gewiesen, 36 Jahre alt, hat 2 Mal geboren, und ist nun seit langer Zeit von einem äusserst lästigen Harndrang gequält, der sie zur fixen Idee gebracht, sie sei nierenkrank, trotz ihr Dr. B. nach wiederholter Untersuchung des Urins bestimmt versichert, dass diess nicht der Fall sei. — Wir finden leichte Empfindlichkeit der Blase auf Druck, zumal in der Gegend des Blasengrundes, und mässige Anteflexio uteri. Der genommene Urin ist klar, doch soll zuweilen leichte wolkige Trübung desselben von der Frau bemerkt worden sein. — In der Meinung, dass es sich um mässigen chronischen Blasenkatarrh handeln dürfte, beginnen wir mit lauwarmen, schwach adstringirenden Ausspülungen der Blase. Die geringe Besserung entspricht aber dem sonstigen Erfolge dieser Therapie in derartigen Fällen nicht. — Wir reflectiren weiter, dass vielleicht doch ein leichter Druck des Uterus auf die Blase letzter Grund des Zustandes sein dürfte, und appliciren einen intrauterinen Stift, der befriedigend corrigirt und auch völlig gut vertragen wird. — In der That beginnt von jetzt an erst zufriedenstellende Besserung. Der Harndrang verschwindet nach und nach, bis auf ganz vorübergehende Mahnungen, völlig.

Was die eine Knickung begleitende Blenorrhoea betrifft, können behinderter Abfluss und Stauung des Sekretes im Cavum uteri auch Uterinkoliken in den Intervallen der Menses bedingen (Veit), [1]* sowie zu ballonartiger Auftreibung des Uterus, bis zu 5″ Höhlenlänge (Hildebrandt), [2] mit um so bedeutenderer Beeinträchtigung der Nachbarorgane führen. Die gleichzeitigen Erosionen des Muttermundes bedingen dann oft ihrerseits eine Steigerung des Ausflusses, der Neigung zu Blutungen, und verursachen Wundschmerz bei Körperbewegungen.

Eine Steigerung der mitunter zu beobachtenden Menorrhagieen führt zu Anämie, allgemeiner Schwäche und Abmagerung, und begünstigt so ebenfalls den Eintritt allerlei nervöser Beschwerden.

Die Dysmenorrhoea kann unter krampfartigen Beschwerden im Unterleib einhergehen, die bis zur Bewusstlosigkeit (Schröder) [3] und besinnungslosem zu Boden stürzen (Hildebrandt) [4] führen, oder von heftiger Migräne, Gallerbrechen, Zuckungen, schweren hysterischen Zufällen, epileptiformen Anfällen** etc. begleitet sind.

---

[1] l. c. S. 317.

* Ganz instructiv ist folgender Fall:

Bei einer Magd von hier, 28 Jahre alt, Nullipara, verliefen die Menses schmerzlos, aber etwa 8 Tage darnach, im freien Intervalle, hatte dieselbe jedesmal durch einige Tage an heftiger Schmerzhaftigkeit im Leibe, ähnlich einer Uterinkolik, zu leiden. Die Untersuchung ergab Anteversio-flexio und Fluor albus. — Lediglich des Versuches halber legen wir zuerst ein Vaginal-, dann aber ein Intrauterin-Pessar ein. Letzteres milderte die jedenfalls durch Sekret-Stauung bedingten Erscheinungen sofort, und wurde mit Pausen durch längere Zeit (ca. 1 Jahr) getragen. Später hielt die Besserung auch nach Entfernung des Stiftes an. Leider kam uns der Fall letzterer Zeit nicht mehr zur Beobachtung.

Auffällig war hier der Mangel der Beschwerden während der Menses.

[2] l. c. S. 30.

[3] l. c. S. 159.

[4] l. c. S. 29.

** Wir selbst hatten Gelegenheit zu folgender Beobachtung:

Frau N. aus Deutsch-Feistritz, 28 Jahre alt, Nullipara, wolgenährt, von kräftiger Constitution, befindet sich in den freien Intervallen der Menses völlig wol. Zur Eintrittszeit der Periode jedoch leidet sie durch mehrere Stunden an einem heftigen Schmerzgefühl im Unterleibe, das sich bis zur Hervorrufung epileptiformer Convulsionen mit völligem Bewusstseins-Verlust steigert. Nach Aufhören der Schmerzen im Leibe tritt in kurzer Zeit wieder Euphorie ein. — Ausser einer spitzwinkligen Retroflexio uteri (leicht reponirbar) ist keinerlei Abnormität nachweisbar.

Der Druck auf den Mastdarm bei den Retrodeviationen kann ausnahmsweise solche Obstipation veranlassen, dass Ileus daraus resultirt (Köberle).[1] — Die Trägheit der Entleerungen überhaupt stammt aus einer Parese der unteren Partieen des Rectum (eben in Folge dieses Druckes) — oder die Stuhlabsetzung wird aus Furcht vor den begleitenden Schmerzen häufig verzögert, so dass die Parese erst eine Folge der Fäkalstauungen ist (Hildebrandt).[2] Nach dem genannten Autor können diese Schmerzen während der Entleerung Ohnmacht-Anwandlungen, selbst epileptiforme Convulsionen hervorrufen. Nicht selten entstehen, vorzüglich bei Adhäsionen des retrovertirten oder flectirten Uterus (Martin),[3] Hämorrhoidalknoten. Ueber einen merkwürdigen Fall von Abgang von Membranen aus dem Darme, anscheinend durch solchen Lagefehler bedingt, s. u. *

Schon nachdem wir die Frau das erste Mal gesehen und examinirt hatten, wurde sofort ein einfacher Hartgummistift applicirt. Beschwerden folgten seiner Einführung in keiner Richtung. — Bereits die nächsten Menses verliefen völlig normal, desgleichen die zweitnächsten. — Im Ganzen wurde der Stift bloss 3 Monate getragen. Da er darnach, auf eine stärkere Körperanstrengung hin, zufällig einmal von seiner Stelle gewichen war (er trug nur eine ganz kleine Scheibe), liessen wir ihn versuchsweise weg. Auch nun verliefen die Menses ohne alle dysmenorrhoischen Erscheinungen, und kehrten die letzteren bis jetzt, i. e. $1^1/_2$ Jahre, niemals wieder.

[1] Centralbl. f. Gynäk. 1877, 2. S. 28.

[2] l. c. S. 31.

[3] l. c. S. 186.

* Frau N. aus H. bei Graz, Nullipara, 40 Jahre alt, leidet seit langer Zeit an Diarrhöen und heftigen Kreuzschmerzen. Gegen beide Zustände wurde bislang alles Mögliche vergebens in Anwendung gebracht. Die diarrhoischen Entleerungen sollen ab und zu unter Abgang langer röhrenförmiger Membranen geschehen, die von dem behandelnden Arzt als mehr weniger cohärente Partieen der oberflächlicheren Schichten der Dickdarm-Schleimhaut bezeichnet werden. — Die schliesslich von uns verlangte Untersuchung per vag. ergibt ausgesprochene Retroflexio uteri, mit anscheinend etwas dehnbarer Fixirung des Fundus nach hinten. Irgend eine idiopathische Erkrankung des Darmes zu ermitteln gelang uns nicht. — Eigentlich nur versuchsweise wurde ein Intrauterinpessar eingelegt. Zu unserer Ueberraschung genügte das, nicht nur die Kreuzschmerzen, sondern auch die heftigen Diarrhöen nach und nach zum Schwinden zu bringen. Die Abstossung der Membranen aus dem Darme hörte völlig auf. — Mit wenigen Unterbrechungen trägt Patientin jetzt ihr Intrauterinpessarium in's zweite Jahr. Vergangenen Winter entfernten wir dasselbe auf einige Wochen; etwas Kreuzschmerz und die

Der begleitende Meteorismus kann mit Schmerzen im Epigastrium einhergehen, die fälschlich für Magenkrampf imponiren, andererseits kommt es zu zeitweiligen Koliken (Martin).[1] Magenbeschwerden, ganz ähnlich denen des Magenkatarrhs, nennt Schultze[2] als eines der ersten Symptome beginnender Retroversio. (Die Tympanitis mit oft reger Peristaltik der Därme, Brustschwellung (selbst mit Milchsekretion), die Uebelkeiten und anderen nervösen Leiden täuschen, zumal bei Retroflexio, oft Schwangerschaft vor (Hildebrandt).[3]

Durch Zerrung der hinteren Blasenwand nach rückwärts kann die Retroflexio Blasenkrämpfe veranlassen (Hildebrandt),[4] durch Knickung des straff an den Cervix gehefteten Harnleiters Stauungs-Erweiterung dieses und des entsprechenden Nierenbeckens bis zur Hydronephrose (Freund).[5] Drei interessante Fälle letzterer Art beschreibt Hildebrandt:[6] Einmal constatirte er jederseits neben der Wirbelsäule in der Lendengegend eine längliche Geschwulst von der Form der Niere, nur umfangreicher, etwas schmerzhaft, nicht beweglich. Das andere Mal eine weiche Geschwulst oberhalb des linken Poupart'schen Bandes (Erweiterung des Ureter); das dritte Mal eine gleiche Geschwulst, die aber nur bei aufrechter Stellung der Patientin merkbar wurde und im Liegen, durch horizontale Vertheilung der Flüssigkeit, sich der Betastung entzog.

In mannigfacher Weise können die diversen Schmerzempfindungen sich manifestiren, die nach dem Gesagten zuweilen die Deviationen begleiten. So beobachtete man: Coccygodynie, Schmerzhaftigkeit der Sacral- und Dorsalwirbel, Intercostal- und Lumboabdominal-Neuralgie,* Schmerzen um den Nabel, Cardialgie, wie erwähnt häufige Migräne etc. etc.

Diarrhöe stellte sich alsbald wieder ein, nur nicht der Abgang jener Membranen.

Zu einer befriedigenden Erklärung dieser Sache gelangten wir bisher noch nicht.

[1] l. c. S. 185, 186.

[2] Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 50, S. 418.

[3] l. c. S. 37.

[4] l. c. S. 32.

[5] Monatsschrift f. Geburtskunde, XXII. Bd., S. 298.

[6] l. c. S. 32—34.

* Wir verzeichnen hier drei exquisite Beispiele dieser Art:

Frau P. von hier, 36 Jahre alt, hat vor 15 Jahren ein Mal geboren, und leidet beiläufig seit jener Zeit an einem Gefühl von Druck und Schwere im Leibe, und mannigfachen anderen Empfindungen, von

In den unteren Extremitäten tritt häufig das Gefühl von Kälte, Taubsein, Lahmheit auf (Winckel).[1] Weiter kann der Druck des rückgebeugten Fundus auf die Nervengeflechte an der hinteren Beckenwand eine Schwerbeweglichkeit der Beine (Olshausen), eine lähmungsartige Schwäche der unteren Extremitäten, die selbst den

[1] Die Behandlung der Flexionen des Uterus. Berlin 1872, S. 41.

denen zumal ein fixer Schmerz charakteristisch ist, den sie entsprechend der Gegend des linken Darmbeinkammes zu empfinden angibt. Wiederholte örtliche Untersuchungen jener Partie, die im Laufe der Zeit von diversen Aerzten vorgenommen wurden, ergaben stets negatives Resultat.

Wir constatirten lediglich eine Anteversio uteri, und supponirten, dass mit der Correktur dieser jene mannigfachen Empfindungen, wahrscheinlich auch der genannte fixe Schmerz zum Schweigen gebracht werden könnten. In der That war dem so. Der einfache Stift mit recht breiter Scheibe (s. darüber im Folgenden) genügte, völlig normale Zustände herzustellen. — Mit kurzen Pausen wurde der Stift fast durch 2 Jahre getragen. Seit einem Halbjahr entfernten wir ihn und blieb zu unserer Befriedigung das Befinden bislang ein durchaus gutes.

Frau Z. von hier, 38 Jahre alt, hat vor 10 Jahren ein Mal entbunden und leidet seit der Zeit ebenfalls an verschiedenen Empfindungen im Leibe, zumal an einem constanten Schmerz in der Gegend der untersten Rippen, linkerseits, der sie zu der festen Ueberzeugung bringt, es müsse dortselbst eine schwere organische Erkrankung bestehen. Der Befund an jener Stelle ist wieder völlig negativ. Die Untersuchung per vag. aber ergibt Anteversio uteri. — Der Intrauterin-Stift mit breiter Scheibe bewirkt genügende Correktur und kommen dadurch in Bälde sämmtliche Erscheinungen zum Schwinden. — Nachdem der Stift durch lange Zeit getragen worden, kam Patientin zufällig einmal auf die Wiener Poliklinik. Nach Abhaltung eines längeren Vortrages über die Zwecklosigkeit des eingelegten Apparates, wurde derselbe dort entfernt. Kaum nach Graz zurückgekehrt, bat uns die Frau jedoch sofort um Wiedereinführung desselben Stiftes (den sie in der Tasche mitbrachte), da ihr nichts Anderes dieselbe Erleichterung verschaffe.

In ganz jüngster Zeit begegnete uns folgender Fall: Frau S. von hier, 25 Jahre alt, Nullipara, klagt lediglich über ein anhaltendes Schmerzgefühl in der linken Lende, von dem sie seit Monaten gequält sei, obwol sie sich im Uebrigen gänzlich gesund fühle. Alle erdenklichen schmerzstillenden Medicamente, kalte Ueberschläge, Abreibungen etc. seien bereits angewendet worden, doch ohne jeden Erfolg. Die genaueste Untersuchung jener Partie führt auf keinerlei Abnormität. Die Exploration per vag. ergibt Retroflexio uteri. — Wir entsinnen uns sofort der beiden vorigen Fälle und vermuthen auch hier einen Zusammenhang des eigenthümlichen Schmerzgefühles mit der bestehenden Deviation. Des Versuches halber introduciren wir das erste Mal

Verdacht auf ein Rückenmarksleiden wachrufen könnte (Martin), zur Folge haben.* Nach Schröder [1] kann es sich dabei, ausser um den Druck auf die motorischen Nerven oder um reine Reflexlähmungen, in der That um eine aus örtlicher Neuritis entstandene Myelitis handeln. Hildebrandt [2] schildert die Erscheinungen der Parese dahin, dass sich zunächst eine Ermattung und Schmerzhaftigkeit der Beine zeige, dann Unsicherheit im Gange und Schwindelanfälle wie bei Tabes dorsalis, und herabgesetzte Sensibilität der Haut. Er supponirt als Ursache den excentrischen Reiz durch Nervenknickung, in einem seiner Fälle, mit Leyden, eine Neuritis.

Auch zu Contracturen der unteren Extremitäten kann es kommen. Martin [3] notirte bei Anteversio-flexio durch Schrumpfung der Lig. sacr. ut. Pes equinus. Gewissermassen hieher zu zählen ist jener Fall von hochgradigen Contracturen in Folge langen Bettliegens wegen einfacher Retroflexio uteri, den ich bei Howitz in Kopenhagen sah. [4]

Noch beobachtet man als Störungen verschiedener Art in Folge von Lagefehlern des Uterus: Incontinentia urinae, Enuresis. — Herzpalpitationen, Abdominalpulsationen. — Schlaflosigkeit, Schwindel,

---

bloss die Sonde und erhalten zu unserer Ueberraschung die sofortige Bestätigung merklicher Erleichterung. Da letztere darnach fast durch zwei Tage angehalten haben soll, beschliessen wir vorderhand bei blosser Sondirung zu bleiben, obgleich diess sonst keineswegs unsere Uebung. In der That wich nach 3—4 Sondirungen der Schmerz bis nun (i. e. für mehrere Wochen) vollständig. — Sollte er wiederkehren, so dürfte ein Intrauterinpessar zuversichtlich zu seiner dauernden Beseitigung führen.

* Wir entsinnen uns diessbezüglich zumal eines Falles:

Frau Q. von hier, 40jährige Nullipara mit Retroflexio uteri (ohne nachweisbare Combination), klagt über mässige Stuhlverstopfung, sowie beständige Schmerzempfindung (Ziehen, Müdigkeit etc.) in den Beinen nach selbst ganz geringfügiger Bewegung.

Letzterer Zustand erschien uns etwas unvermittelt, doch betonten wir die Möglichkeit, dass er nach Aufrichtung des Uterus schwinden könnte. — In der That behob das Intrauterinpessar sowol die Stuhlverstopfung als auch die genannte Schmerzempfindung, und kehrte beides nicht wieder nachdem das Pessar (schon nach 2 Monaten) entfernt worden.

[1] l. c. S. 160.

[2] l. c. S. 35.

[3] l. c. S. 44.

[4] Börner: Eine gynäkol. Reise durch Deutschland etc. Graz 1876, S. 43.

Cephalaea. — Mannigfache weitere Erscheinungen bis zur Sprachbehinderung oder Aphonie (Martin).[1] — Ructus, Clavus, Globus hystericus. — Chorea in Folge von Retroflexio; Sinnestäuschungen, selbst Hallucinationen (Beigel).[2] — Gedächtnissschwäche, Geistesstörungen, Melancholie, Manie (Martin, Graily Hewitt), religiösen und Verfolgungswahn (Hildebrandt). — Respirationsneurosen bei Retroflexio (Chroback),[3] Erstickungsanfälle wegen plötzlichen Stillstandes der Respiration (Winckel's Fall[4] ähnlich jenem Oppolzer's). — Krampfartige Schmerzen mit typhösen Symptomen bei Retroflexio (Holland)[5] etc.

Hildebrandt[6] macht noch aufmerksam auf den bei Retroflexio häufigen Descensus der Ovarien auf das hintere Scheidengewölbe dicht hinter und neben die Portio, wodurch Schmerzhaftigkeit des Coitus, Unleidlichkeit eines Vaginalpessars bedingt sein kann. *

Schliesslich können selbstverständlich die durch die Lagefehler gesteigerten menstrualen Hyperämieen des Uterus an sich wieder zu

---

[1] l. c. S. 186.

[2] l. c. S. 228.

[3] Wiener med. Presse 1869, Nr. 2.

[4] l. c. S. 51.

[5] Centralbl. f. Gynäk. 1877. 13. S. 245.

[6] l. c. S. 34.

* Zweifelsohne hierher zu zählen ist folgende Beobachtung:

Frau H. von hier, 33jährige Nullipara, Wittwe, ist etwas nervösen Temperamentes, fühlt sich aber sonst gesund. Was sie zu uns führt ist lediglich ein ganz kurz dauerndes, stechendes Schmerzgefühl in der Kreuzgegend, wenn sie hie und da einmal eine stärkere Körperbewegung unternimmt. — Wir constatiren leichte Retroversio-flexio des Uterus, sowie eine Dislocation des (anscheinend normalen) Ovariums direct hinter die Portio. Leichter Druck auf dasselbe verursacht genau jene zuweilen verspürte Schmerzhaftigkeit. Wir reflectiren, dass durch eine Aufrichtung des Uterus gewissermassen eine Entlastung des Ovariums möglich sein dürfte, und appliciren den Intrauterin-Stift. Derselbe wurde völlig vertragen und in kleinen Pausen etwa ein halbes Jahr beibehalten. Während der Zeit fühlte Patientin ein einziges Mal eine leise Schmerzmahnung als sie etwas rasch bergab ging. Gegenwärtig fühlt sie sich fort und fort wol, obgleich das Pessar bereits gegen ein Vierteljahr weggelassen wurde.

In einem anderen ähnlichen Falle (Frau W. aus Cilli, ein Mal entbunden) liegt das etwas geschwellte Ovarium rechts neben der Portio. Die Stellungsverbesserung des etwas schweren, rückgebeugten Uterus setzte alsbald Erleichterung der ziemlich intensiven Schmerzhaftigkeit jeder Körperbewegung. Die erst begonnene Behandlung ermöglicht noch keine weiteren Details.

intensiveren Entzündungsprocessen des Uterus (Schröder),[1] zu Oophoritiden, beschränkten Peritonitiden (Schultze)[2] führen — oder von früher her bestehende schleichende entzündliche Processe andauernd unterhalten, so dass auch hiedurch wieder eine beständige Schmerzhaftigkeit bei jeder Körperbewegung, eine beständige Empfindlichkeit des Uterus gegen Berührung (Braxton Hicks,[3] Graily Hewitt)[4] gegeben ist.

Nachdem wir im Vorigen in allgemeinen Zügen das Terrain für die orthopädische Behandlung der Deviationen gekennzeichnet haben, liegt es uns jetzt ob, auf einige Umstände einzugehen, die innerhalb dieser gezogenen Grenzen als die Behandlung erschwerende oder behindernde Momente in Betracht zu ziehen wären. Unseres Erachtens sind diessbezüglich von grösstem Belange — entzündliche Processe, Adhäsionen und Blutungen; und es wird sich also nunmehr darum handeln, in wie ferne diese Momente unser Verhalten beeinflussen müssen, in wie weit uns dieselben als Contraindicationen gegen mechanische Eingriffe zu gelten haben und in wie weit nicht.

Was die Entzündungen betrifft, sahen wir dieselben im Obigen bereits mehrmals eine Rolle spielen, sowohl als ätiologisches Moment, wie auch als Folgezustand der Deviationen — und wurde auch auf die Schwierigkeit hingewiesen, welche die Frage, ob im speciellen Falle der entzündliche Process oder die Knickung das Primäre gewesen, gar häufig mit sich bringt. — Hier, wo wir uns den Knickungen sui generis gegenübergestellt haben, bei denen die Rücksicht auf das ätiologische Moment überhaupt hinwegfällt, kommen auch etwaige ursächliche Entzündungsprocesse nicht mehr in Betracht, sondern lediglich solche, die wir als Begleit- und Folgeerscheinungen der Deviationen ansprechen müssen. Ist aber dem so, dann wird uns schon von vornhinein die Regel einleuchtend sein, dass, um derlei Entzündungsprocesse zu bekämpfen, gerade die Inangriffnahme der Deviation selbst der einzig richtige Weg sein wird, und es sich nur mehr darum handeln kann, in wie weit der begleitende entzündliche Process dieselbe gestattet. Nach unserer bisherigen Erfahrung schliessen

---

[1] l. c. S. 159.

[2] Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 50, S. 418.

[3] Centralbl. f. Gynäkol. 1877, Nr. 20, S. 363.

[4] Centralbl. f. Gynäkol. 1878, Nr. 23, S. 565.

wir uns diessbezüglich völlig den bereits von einzelnen Anhängern des orthopädischen Verfahrens als Norm hingestellten Aussprüchen an, und können lediglich in den exsudativen Entzündungen des Parametriums und Perimetriums, bei diesen aber auch noch längere Zeit nach dem Schwinden ihrer letzten Spuren, sowie in den acuten Entzündungen des Uterus selbst, eine Contraindication für mechanische Eingriffe erblicken. Schleichende Metritis [1] aber, chronischen, selbst intensiven [2] Uterinkatarrh, Erosionen um den Muttermund — diese häufigen Begleit- und Folgeerscheinungen der Deviationen betrachten wir nicht nur als keine Gegenanzeige gegen unser Verfahren, sondern finden oft schon lediglich ihretwegen dasselbe geradezu indicirt. — Werden wir in dieser Weise einerseits der Gefährlichkeit des orthopädischen Verfahrens für eine gewisse Kategorie von Fällen gerecht, und wir betonen nochmals, dass obige Contraindicationen ja strenge einzuhalten seien, um sich nicht höchst peinlichen Erfahrungen auszusetzen, * so wollen wir es aber andererseits auch bestimmt

---

[1] So auch Schröder für „ganz alte, chronisch-entzündliche Processe des Uterus“ — l. c. S. 173.

[2] So Olshausen. Arch. f. Gynäkol. IV. 3. S. 477.

* Stets werden wir folgenden Falles eingedenk bleiben:

Frau N. von hier, 35jährige Wittwe, meldet sich bei uns wegen lange Zeit bestehender heftiger Kreuzschmerzen, als hervorragendstes Leiden, von dem sie beständig gequält ist. — Die Untersuchung weist Retroversio-flexio uteri nach. Anamnestisches ist weiter nicht zu eruiren, als dass vor längerer Zeit, angeblich in Folge von Verkühlung, eine Peritonitis überstanden worden sein soll. — Da wir den Uterus gut beweglich und keinerlei Residuen einer entzündlichen Affection vorfinden, greifen wir zum Intrauterinpessar. Dasselbe entspricht völlig und macht jede Spur der Kreuzschmerzen schwinden. — Nach mehreren Wochen jedoch werden wir plötzlich gerufen und finden gegen alle und jede Erwartung eine leichte Recidive der Peritonitis. Obwol wieder eine Verkühlung Statt gehabt haben soll (dünne Schuhe bei Regenwetter), entfernen wir doch den Stift sofort. Die peritonitischen Erscheinungen werden zum Schwinden gebracht. — Mehrere Monate später kommt Patientin mit den alten Klagen über Kreuzschmerz, und bittet dringend um neue Einführung des Stiftes. Wir geben unsere Bedenken kund, dass der Stift vielleicht Mitschuld an jener Recidive getragen habe, doch werden wir beschworen, es habe bestimmt lediglich an der Verkühlung gelegen, und der Stift werde gewiss völlig gut vertragen. In der That liessen wir uns bewegen die von der Kranken so sehr gewünschte Hilfeleistung ihr wieder angedeihen zu lassen. Sofort fühlte sie sich neuerdings erleichtert; doch nach etlichen Wochen traten, trotz aller sorgfältigen Ueberwachung, die wir übten, die Erscheinungen des entzündlichen Leidens wieder auf. Wir entfernten nun natürlich den Stift

ausgesprochen haben, dass in der obigen zweiten Reihe von Fällen mit entzündlichen Complicationen, die stets die Mehrzahl bilden werden, das orthopädische Verfahren nicht nur ganz gut in Anwendung kommen kann, sondern häufig von den schönsten Erfolgen begleitet ist. Diess hervorzuheben ist aber wichtig, um Einwürfen wie jenem Schultze's [1] begegnen zu können, dass für die intrauterine Therapie bloss Fälle ohne entzündliche Affection gewünscht würden, dass aber diese die geringsten Beschwerden machten, die eigentlich Beschwerden verursachenden Fälle hingegen, speciell jene mit entzündlichen Complikationen seien, in denen dann die gedachte Methode nicht am Platze sei. Beiderlei Aussprüche scheinen uns nicht ganz zutreffend zu sein. Auf den Satz Scanzoni's, dass die Flexionen erst dann Beschwerden verursachten, wenn sie von acut oder chronisch entzündlichen Textur-Erkrankungen des Uterus begleitet seien, entgegnet schon Hildebrandt, [2] dass, wenn dies gleich für die meisten Fälle richtig sei, er Scanzoni doch eine grosse Reihe von Krankengeschichten aufführen könnte, welche das Gegentheil seiner Lehre beweisen würden. Ein Gleiches ersehen wir aus zahlreichen anderen Berichten. Schon eine Durchsicht der obigen Zusammenstellung der Symptome der Uterus-Deviationen wird alsbald erkennen lassen, dass keinesfalls alle Beschwerden auf Rechnung zu Grunde liegender entzündlicher Processe geschrieben werden dürften. Andererseits aber geht aus dem zuvor Gesagten hervor, dass auch wo entzündliche Processe vorliegen, das orthopädische Verfahren ganz gut in Anwendung kommen könne, nur müsse man einzelne Formen dieser Fälle, die jedenfalls die Minderzahl bilden, ausnehmen.

In Bezug auf Adhäsionen zwischen dem verlagerten Uterus und der Nachbarschaft war man lange Zeit der Ansicht, dass dieselben ein Noli me tangere bedeuteten. So schreibt Sims [3] geradezu:

---

allsogleich und für immer; auch erholte sich die Patientin zum Glücke alsbald wieder — doch den Vorwurf, nicht genug kritisch zu Werk gegangen zu sein, fühlten wir bitter genug in uns. Aehnliches begegnete uns seit dem niemals wieder, und wenn je die Erfahrung des Einen, Anderen nützlich sein kann, so dürfte diess mit der eben geschilderten der Fall sein.

Jedenfalls muss mit dem orthopädischen Verfahren, abgelaufener Entzündlichkeit des Peritoneums gegenüber, geradezu die grösste Vorsicht geübt werden.

[1] Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 50, S. 421.

[2] Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 5, S. 38,

[3] l. c. S. 186.

bei Misslagen, welche von Adhäsionen abhängen, können wir natürlich Nichts thun. Andere (so Martin) verwiesen zumal auf den Gebrauch der sogenannten erweichenden Mittel, zum Zwecke der Lockerung der fixirenden Pseudomembranen. Nach und nach beschäftigte man sich dann mit behutsamer Dehnung der letzteren, und warnte nur strenge vor Rockwitzen's Vorschlag der Zerreissung der Pseudomembranen, wegen Gefahr tödtlicher Blutung oder allzu bedenklicher Zerrung des Bauchfells (Scanzoni). Wir werden in dieser Beziehung zwar mit Winckel [1] das orthopädische Verfahren contraindicirt erachten, falls die Reposition schwer und schmerzhaft — andererseits aber ganz entschieden dasselbe in Gebrauch zu ziehen rathen, falls sich vorsichtiges Sondiren in langen Intervallen gefahrlos wiederholen lässt (Hildebrandt), [2] also völlige Abwesenheit einer noch bestehenden Entzündung und eine gewisse Toleranz des Uterus (Schultze) [3] gegeben ist, oder die Adhäsionen nur wenig straff sind (Olshausen). [4]*

Die Blutungen anbelangend stimmt Winckel [5] mit Olshausen [6] dahin überein, dass Menorrhagie als Contraindication für orthopädische Behandlung — wie das bislang gegolten hatte — nicht haltbar sei. Winckel hebt (l. c.) hervor, wie die Knickungsapparate eine Verminderung der menstrualen Blutung und selteneres Eintreten derselben bewirkten, indem die durch die Knickung gegebene Stauungshyperämie abnehme, die Contraction des Organes bei aufgehobener Dehnung, wahrscheinlich auch die Circulation in den Parametrien, eine bessere werde. — Olshausen nennt weiter [7] die Blutungen geradezu als Indi-

[1] l. c. S. 43.

[2] l. c. S. 51.

[3] Arch. f. Gynäkol. IV. 3. S. 414.

[4] Arch. f. Gynäkol. IV. 3. 476.

* Einen recht befriedigenden Erfolg hatten wir z. B. in folgendem Falle: Briefträgersfrau N von hier, 35 Jahre alt, leidet seit ihrem letzten Wochenbette (i. e. seit einigen Jahren) an Stuhlverhaltung und höchst peinlichen ziehenden Schmerzen in der Kreuzgegend. Der Uterus ist stark retroflectirt, der Fundus nach rückwärts fixirt, so dass eine Aufrichtung nur in ganz beschränkter Weise möglich ist. Der unter emsiger Controle wirkende Elevator wird völlig gut vertragen. Nach und nach wird die Stellung des Uterus eine bessere, und schwinden auch die lästigen Symptome des Leidens in recht befriedigender Weise. Nach 5—6 Monaten liessen wir den Apparat versuchsweise weg. Bis gegenwärtig machten die nur ganz mässigen Beschwerden seine Wiedereinführung nicht nöthig.

[5] l. c. S. 48.

[6] Monatsschrift f. Geburtskunde 1867, 30. p. 356.

[7] Arch. f. Gynäkol. IV. 3. S. 476.

cation für unser Verfahren in ganz einzelnen Fällen, und endlich[1] profuse Menstruation wol ein erschwerendes Moment für die Behandlung, aber fast nie von vornherein eine Contraindication.

Es genügt diese Andeutung, um es klar ersichtlich zu machen, worauf vor Allem unser Augenmerk gerichtet sein müsse, um in dieser Beziehung den richtigen Weg einzuschlagen. Wo wir wolbegründeter Weise annehmen können, dass die Blutungen lediglich einer durch die Knickung gesetzten Stauungshyperämie entstammten, da werden wir getrost zur Aufrichtung des Uterus schreiten. In allen übrigen Fällen jedoch werden wir die Blutungen als eine Contraindication dem orthopädischen Verfahren gegenüber aufrecht erhalten müssen, und zwar desshalb, weil es ja natürlich, dass die aus anderer Quelle stammenden Blutungen durch den Reiz des Intrauterinpessars eher angeregt, denn beschwichtigt werden dürften[2].

Ausser den genannten drei wesentlichen Momenten, die wie wir sahen bedingungsweise als Contraindicationen zu betrachten sind, finden wir von den Anhängern unseres Verfahrens noch einige Punkte berücksichtigt, die wir hier ebenfalls berühren wollen. Nach Martin[3] contraindiciren auch kleine Fibroide in der Uteruswand den Regulator, wegen der alsdann meist eintretenden erheblichen oder anhaltenden Blutungen. — Zum Theil ist dieser Wink bereits mit enthalten in der eben zuvor gegebenen Vorsichtsmassregel gegenüber jenen Blutungen, die nicht aus einfacher Stauungshyperämie in Folge der Inflexion datiren. Zum Theil wurde (S. 24) bereits angedeutet, wie in derlei Fällen zunächst überhaupt lediglich eine passende Entfernungsweise der Fremdbildung in Betracht zu kommen habe. Sagten wir aber schon kurz darnach (S. 25), dass auch diese Fälle schliesslich häufig einfach der orthopädischen Therapie anheimfallen würden, so entsprang dieser Ausspruch unserer bereits gewonnenen Ueberzeugung, dass eben in dieser Richtung andere, theoretisch schönst erdachte Verfahrungsweisen in praxi sich oft nicht bewährten. Allerdings werden wir nunmehr diesem früheren Satze die jetzt berührte Rücksichtnahme auf etwaige Blutungen noch anfügen müssen, und die diessfällige Contraindication festhaltend, die Anwendung des Intrauterinpessar bei Gegenwart kleiner Fremdbildungen in der Uterussubstanz nur so lange berechtigt nennen, als eben Blutungen von

[1] l. c. S. 477.

[2] Es sei denn, man reflectire absichtlich auf diesen Reiz, behufs Muskelcontraction bei erschlafftem Uterus.

[3] l. c. S. 78.

vornherein nicht bestanden haben und auch auf Einlegung des Stiftes hin nicht an den Tag treten.

Dass aus dem Puerperium stammende Deviationen in der ersten Zeit für die orthopädische Behandlung nicht geeignet sind, brauchen wir nach dem bereits S. 25 Erörterten hier wol nicht mehr speciell auseinanderzusetzen.

Mehrfach, so von Schröder, Winckel, Hegar, Ely van de Warker [1] etc. finden wir eine gesteigerte Sensibilität des Uterus gegen mechanische Eingriffe als Contraindication ganz gesondert hervorgehoben. Da selbe durchweg getrennt von der durch entzündliche Processe gegebenen Contraindication genannt wird, so wird unserer Auffassung nach auch ein diessbezüglicher Zusammenhang von den Autoren nicht supponirt, und treten wir für diesen Fall der Aufstellung dieser weiteren Gegenanzeige völlig bei, da wir Entsprechendes bereits mehrfach beobachteten:*

---

[1] Verhandlungen der amerik. gynäkol. Gesellschaft 1877, p. 214.

* Wir gedenken hiebei zumal der folgenden Fälle:

Frau S., 30 Jahre alt, hat 2 Mal geboren, und leidet nun seit einigen Jahren an hochgradiger Hysterie in Folge von Anteversio-flexio. Nachdem früher schon diverse Vaginalpessare nutzlos applicirt worden waren — nehmen wir eine Correctur der Deviation durch Stift und Ring in Combination vor; der aller Entzündungserscheinungen bare Uterus manifestirt jedoch eine derartige Empfindlichkeit, dass wir unsern Apparat trotz aller erdenklichen Modificationen absolut für die Dauer nicht belassen können.

Frau K. aus Pettau, 26 Jahre alt, hat 2 Mal geboren. Zumal lästig ist ihr nun ein steter Druck nach vorne im kleinen Becken beim Gehen, und häufiger Harndrang. Der örtliche Befund ergibt Anteversio des völlig gut involvirten Uterus. Jeder entzündliche Process ist auszuschliessen. Vaginalpessare waren ihr bereits mehrfach eingelegt worden, bewirkten aber keine Besserung. — Wir appliciren also mit aller Sorgfalt einen Regulator, darnach einen einfachen Stift mit breiter Scheibe, müssen aber wegen zu heftiger Uterinkoliken auch davon wieder Abstand nehmen. Schliesslich machen auch wir noch einen Versuch mit einem stark gekrümmten Vaginalring (Sims); die dadurch erzielte Correctur war eine zu geringe, um das Befinden irgendwie zu ändern.

Also lediglich zu grosse Sensibilität des Uterus, eine andere Ursache war absolut nicht zu ermitteln, machte die Behandlung mit intrauterinem Pessar nicht möglich — und die Vaginalpessare bewirkten, wie das so häufig der Fall, in keiner Weise einen genügenden Effect.

Ganz Aehnliches beobachteten wir auch bei einem Frl. Sch. aus Marburg, welche, 20 Jahre alt, an heftiger Dysmenorrhoea in Folge von Anteflexio uteri litt. Der intrauterine Stift veranlasste (bei dem sonst ganz gesunden Mädchen) eine derartige Schmerzhaftigkeit, dass er kluger

Endlich will Winckel [1] noch eine gewisse Energielosigkeit der Patientin als Contraindication angesehen wissen, weil Ausdauer und fester Wille zur Vollendung der Cur gehöre. Richtiger erschiene es uns fast, letztere Eigenschaften zumal seitens des Arztes zu fordern, da es durchschnittlich eher dem Arzte als der Patientin zuzuschreiben sein dürfte, wenn des Fehlens dieser Bedingung halber zuweilen der Erfolg ausbleibt.

Weise sofort wieder weggelassen werden musste; die Vaginalpessare aber nützten, wie vorauszusehen, absolut nicht; so dass wir uns hier lediglich auf öftere Sondirungen, Bäder etc. beschränken mussten, und demzufolge auch nur sehr wenig erreichten.

Andererseits ist aber, unserer Erfahrung zufolge, in allen derartigen Fällen von abnormer Sensibilität des Uterus, von der versuchsweisen Application des Intrauterinpessars auch keine üble Folge zu erwarten, falls man nur das Instrument wieder entfernt sobald dieses eigenthümliche Verhalten des Uterus auffällig wird.

[1] l. c. S. 43.

III.

So sehr wir uns nach allem hier Niedergelegten zu entschiedenen Anhängern des orthopädischen Verfahrens bekannt haben, betonen wir nunmehr doch nochmals die Nothwendigkeit, dasselbe nur zur Geltung kommen zu lassen, wo es so zu sagen eine Ultima ratio darstellt. Auf so breite Basis wir auch die Berechtigung zur Anwendung dieses Verfahrens gestellt haben — stets werde jeder neue, anfänglich noch so geeignet erscheinende Fall erst strenge geprüft, ob er wirklich nur mehr diesem Verfahren anheimfallen könne. Höchstens dürfte in unserem Heilungsplane für gewisse Fälle noch irgend ein operatives Verfahren vorbehalten bleiben, falls auch die mechanische Behandlung sich als nicht genügend herausstellen sollte. (Operation der Verkürzung der verlängerten Vaginalwand, Sims; Castration, Hegar.) — Ich erinnere hier an den von mir in Wien zum Vortrag gebrachten Fall[1], woselbst die seitens der Anteversio-flexio bedingten Beschwerden ebenfalls erst nach Vornahme der Castration, und auf die dadurch bewirkte Rückbildung des Uterus hin, völlig zum Schwinden gebracht wurden. (Siehe die entsprechende Indication zur Castration, welche Hegar[2] festhält.) Einen zweiten Fall hatte ich Gelegenheit selbst zu operiren*. — Auch der bekannten Operation Köberle's in

[1] Wiener med. Wochenschrift, 1878, Nr. 47. etc. etc.

[2] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 136—138, S. 1016. 6.

* Ich behalte mir dessen nähere Mittheilung für eine andere Gelegenheit vor; hier nur in Kürze die vorläufige Erwähnung, dass Frl. F., 26 Jahre alt, in Folge von Retroflexio uteri seit 7 Jahren an den quälendsten Menstruationsbeschwerden litt. Alle möglichen allgemeinen und örtlichen Curen blieben völlig ohne Erfolg. Die Discission des Cervix mit nachträglicher, lange Zeit fortgesetzter Einführung dicker Bougieen, hatte nur ein einziges Mal eine Erleichterung der Menses bewirkt. Alle Versuche mit Intrauterinpessaren schlugen an der Empfindlichkeit des Uterus fehl, auch die Vaginalpessare wurden nur in der Zwischenzeit der Menses vertragen. Während der Menses selbst dauerten die heftigsten hysterischen Convulsionen Tag und Nacht fort, bestand völlige Schlaflosigkeit, und wurde jedesmal fast eine ganze Woche hindurch jede Nahrungsaufnahme verweigert. Die freie Zwischenzeit verbrachte die Patientin, des nach und nach völlig herabgekommenen Kräftezustandes halber, ebenfalls in der traurigsten Weise. Schliesslich stellte sich in den letzten 2 Jahren noch Hämoptoë ein, und wurde endlich die Castration als Indicatio vitalis vorgeschlagen, und von den Angehörigen und der Kranken selbst dringend gefordert. — Ich nahm selbe am 29. Juli v. J., unter gütiger Assistenz des Herrn Professor Rzehaczek vor. Der bisherige Erfolg entsprach den Erwartungen.

einem Falle von Retroversio uteri[1] muss ich hier gedenken, ferner eines ähnlichen Falles Schröder's[2] und Czerny's[3], und einiger neuer Beobachtungen Hegar's[4].

Von solchen Eingriffen abgesehen, sagen wir, habe uns das orthopädische Verfahren stets nur als Ultima ratio zu gelten. Mit Genugthuung aber constatiren wir, wie auch die einzelnen Autoren, unter dieser Voraussetzung, die dann ersichtliche Souveränität dieser Therapie rühmen. So sagt Martin[5]: „Fragen wir schliesslich nach der Berechtigung der mechanischen oder orthopädischen Behandlung der Versionen und Flexionen überhaupt, so muss ich dieselbe . . . . als wolberechtigt anerkennen, ja ich muss sie für bestimmte Fälle als die entsprechende, allein wirksame Hilfe bringende bezeichnen.“ Hildebrandt schliesst seinen Vortrag[6] mit den Worten: „Scheuen Sie vor Allem auch nicht Sonde und Intrauterin-Pessarium anzuwenden, wo sie hinpassen. Unterlassen Sie aber ängstlich jede intrauterine Behandlung wo die Ihnen bekannten Contra-Indicationen vorhanden sind.“ Winckel findet[7] „dass die Anwendung einer solchen Cur nicht bloss berechtigt und nothwendig, sondern auch ihre Unterlassung ein Unrecht gegen die Patientin sei“. Schröder empfiehlt die intra-uterine Therapie der Lageveränderungen mit dem Ausspruche[8]: „Während Sie ohne dieselbe diesen Leiden ziemlich ohnmächtig gegenüberstehen, sind Sie bei gehöriger Auswahl der Fälle und Vorsicht in der Anwendung im Stande, die schönsten Erfolge zu erzielen, ohne Gesundheit und Leben Ihrer Patientinnen zu gefährden.“ Sogar Schultze, der „mit der intrauterinen mechanischen Behandlung nie besonders befreundet gewesen“[9] — ist der Ansicht, „dass wir allerdings in seltenen Fällen nur durch Intrauterin-Pessarien das Resultat erlangen können, dass der Uterus seine normale Gestalt und Lage beibehält“.[10] Nach Olshausen[11] „werden ähnliche Erfolge in den betreffenden Fällen durch keine andere Behandlung erzielt“; und „ist die Behandlung mit Intra-

---

[1] Gaz. médic. de Strasbourg. 1877, Nr. 3.
[2] Berliner klin. Wochenschr. 1879, Nr. 1.
[3] Centralbl. f. Gynäk. 1879, Nr. 20, S. 484.
[4] Centralbl. f. Gynäk. 1879, Nr. 22, S. 532.
[5] l. c. S. 87.
[6] l. c. S. 52.
[7] l. c. S. 47.
[8] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, Nr. 37, S. 348.
[9] Arch. f. Gynäkol., IV., 3. 412.
[10] l. c. S. 382.
[11] Ibidem S. 482.

uterin-Instrumenten unersetzbar und unter sorgfältiger Auswahl der Fälle nicht nur erlaubt, sondern indicirt". Auch Hegar betont ganz richtig[1], dass unser Verfahren Ultima ratio sein müsse, indem er es auf solche Fälle beschränkt wissen will, „in welchen man am Ende aller seiner Hilfsmittel angelangt ist"; nur halten wir dafür, dass diess weniger „in Betracht der nicht zu verkennenden Gefährlichkeit dieser Behandlungsmethode" als in Betracht der mangelnden Indication geschehen müsse, falls wir uns eben noch anderswie zu helfen wissen. Nach Amann[2] bedürfen über 60 % der diagnosticirten Flexionen und Versionen ihrer Erscheinungen und Folgezustände wegen ärztlicher Hilfe, und „nur bei einer ganz geringen Anzahl derartiger Kranken werden die belästigenden Symptome (welche neben der Lageanomalie bestehen) ohne mechanische Behandlung vermindert oder dauernd beseitigt". etc.

Hat man sich in strenger Erwägung alles Früheren zur Aufnahme unseres Verfahrens im einzelnen Falle entschlossen, so halte man sich folgende allgemeine Grundsätze wol vor Augen.

Völlig klar sei dem Arzte das nothwendig zu beobachtende Mass sowohl der Vorsicht als der Energie in Bezug auf den Beginn mit den hiehergehörigen Eingriffen sowie in Bezug auf die Dauer der eingeschlagenen Curmethode überhaupt. Ist der betreffende Fall ein für die mechanische Behandlung geeigneter, so wird in demselben, unserer Erfahrung nach, die mit gehöriger Fertigkeit und Schonung in's Werk gesetzte Vornahme der nöthigen Eingriffe meist von Anfang an völlig oder doch in entsprechend befriedigender Weise vertragen. Es ereignet sich aber auch, dass wir zuweilen anfänglich auf Schwierigkeiten stossen und nur successive und mit schonender Ausdauer dieselben überwinden können. Zuweilen erregt das Intrauterin-Instrument, auch wo es völlig indicirt ist, anfangs solche Beschwerden (Uterus-Contractionen etc.), dass man wol oder übel gezwungen ist, es einige Stunden oder Tage nach dem Einlegen wieder zu entfernen. Nach kürzerer oder längerer Pause wiederholt man die Application, allenfalls wieder nur auf kurze Zeit, und schliesslich zeigt sich's, dass das Instrument vertragen wird und belassen werden kann. In umsichtiger Weise hat hier der Arzt jedwedes Moment zu

---

[1] l. c. S. 109.

[2] Arch. f. Gynäkol. XII., 2. 320.

beobachten, welches eine solche Pause erfordert, mit klarer Energie hat er den einmal eingeschlagenen Weg zu verfolgen, sobald er sich überzeugt, dass die Verhältnisse die Wiederaufnahme seiner Eingriffe gestatten.

Es geschehe also die mechanische Behandlung stets nur unter strenge fortgesetzter Controle des Falles seitens des Arztes. Letztere erfolge, zumal die erste Zeit nach der Application des Apparates, so exact wie die Nachbehandlung nach Vornahme einer blutigen Operation. Aber auch späterhin daure eine gewisse Ueberwachung des Falles fort, so lange überhaupt eines der eingelegten Instrumente von der Patientin getragen wird.

Nur so geht man sicher. Stellen sich weiterhin die mindesten Reizerscheinungen ein, beginnende Schmerzhaftigkeit, Blutungen etc., so ist man wieder sofort zur Hand, corrigirt etwas in der Applicationsweise oder entfernt den Apparat und ersetzt ihn durch einen andern. Oder aber man erkennt endlich bei einzelnen Fällen aus der Fortdauer der zu bekämpfenden Symptome, dass man derart doch nicht zum Ziele gelange, und verlässt den trotz aller Erwägung irrig betretenen Weg gänzlich. Lediglich wo wir unsere Voraussetzung völlig bestätigt finden, lediglich wo wirkliche Erleichterung der Erscheinungen oder völliges Wolbefinden zu beobachten ist, und auch das nur, so lange sich nicht die mindeste üble Folge anderer Art zeigt — wird das begonnene Verfahren fortgesetzt.

Besonnenes, jeden kleinsten Gegenwink völlig berücksichtigendes Vorgehen — langmüthiges Verzichten auf jedes bedenkliche Erzwingen sei hier oberste Richtschnur.

Nur in stattgehabter Ausserachtlassung eines dieser Punkte können wir den Grund des Zustandekommens einer Gegnerschaft dieses Verfahrens ersehen — nur in emsiger Beobachtung derselben die Bürgschaft für fortgesetzte erfreuliche Erfolge seitens seiner Anhänger.

Nicht minder wichtig jedoch als die angedeutete Sorgfalt im Handeln des Arztes ist die Ertheilung präciser Verhaltungsmassregeln an die Patientin selbst. Beobachtung grosser Ruhe und Hintanhaltung jedes irritirenden Momentes sind von ihrer Seite, zumal die ersten Tage nach Einlegung des Stiftes nöthig, um uns bald klar zu stellen wie derselbe vertragen werde. Im gegentheiligen Falle fehlte uns ja jeder Anhaltspunkt zur Entscheidung, ob an unserem therapeutischen Eingriffe, ob an äusseren Veranlassungen die Schuld etwaiger Beschwerden läge. — Dass auch weiterhin die eigenen Meldungen der

Patientin über den Stand ihres Befindens von Wichtigkeit sind, ist selbstverständlich; man instruire sie also genau, auf was sie besonders zu achten habe, über was Rechenschaft zu bekommen uns von Werth sei und was ignorirt werden könne. Stricte Vorschriften über ihr Verhalten während der nächstkommenden Menses, über allenfalls nöthiges Unterlassen des Coitus, über fortgesetzte Regelung der Entleerungen des Mastdarms und der Blase, über die Grenzen wünschenswerther Körperbewegung und zu vermeidender Anstrengung etc. etc. werden dringend geboten sein. Genau schärfe man es ferner der Patientin ein, in welchen Terminen man sie wieder zu sehen wünsche (auch wenn es ihr noch so gut erginge), theils um sich zu überzeugen wie der Apparat liege, theils zur Vornahme seiner Entfernung, Reinigung und Wiedereinführung, theils zur Controlirung des bisherigen Effectes unserer Encheiresen etc. etc. — sowie auf welche Erscheinungen hin sich dieselbe, auch abgesehen von diesen fixen Terminen, alsbald aus eigenem Antriebe vorzustellen hätte.

Was dann die Dauer dieser Therapie überhaupt im speciellen Falle betrifft, so ist selbe natürlich in vorhinein wol nicht zu bestimmen. Leitender Grundsatz aber wird uns stets sein, den einmal beschlossenen, weil als richtig erkannten Weg fortzusetzen, bis Heilung oder die voraussichtlich nur zu erwartende Besserung eingetreten. Auch dieses Endziel, gerade wie das anfängliche ins Werk setzen der Cur, wird auf zweierlei Weise erreicht. Diverse Fälle gestatten uns mit dem begonnenen Heilplane continuirlich fortzufahren, also von Anfang an unsere Anstalten zu belassen, bis der angestrebte Erfolg erzielt und die Behandlung überhaupt als beendet zu betrachten ist. (Höchstens der Reinigung halber werden hier unsere Apparate zeitweise entfernt.) — In anderen Fällen ist öftere, oft längere Unterbrechung unserer Eingriffe nöthig, um schliesslich in gleich befriedigender Weise zu gleich befriedigendem Resultate zu gelangen. (Intermittirende Schmerzhaftigkeit, Blutungen etc. spielen da wieder eine bekannte, nicht genug zu berücksichtigende Rolle.)

Gewissenhaft halte der Arzt während seines Heilverfahrens derartig verschiedene Fälle auseinander. Mehr als vielleicht irgendwo sonst gilt hier das Princip des Individualisirens. Den mannigfachen Unterschieden, welche die begleitenden Verhältnisse den einzelnen Fällen aufprägen können, entspreche strengstens das jedesmalige Vorgehen des Arztes. Nichts von solchem Belange, als eifriges Beobachten und bereitwillige Berücksichtigung gegenüber den verschiedenen Momenten, die da massgebend — nichts so verderblich, als das Ein-

halten gewisser Schablonen, die vielleicht öfters zum Ziele führen, doch bei gedankenloser Anwendung zuweilen auch in beklagenswerthester Weise im Stiche lassen können.

In keinem Falle aber soll ein übler Erfolg unseres therapeutischen Verfahrens nachzuweisen sein — das halten wir unserer ganzen Ueberzeugung nach erreichbar!

Gelangt schon Winckel[1] zu dem Schlusse, „dass sich die Auswahl der Fälle wol so treffen lässt, dass fatale, lebensgefährliche Zustände bestimmt vermieden werden können“, und glaubt schon Schröder[2], „dass bei der nöthigen Vorsicht ernstere Gefahren sich fast stets vermeiden lassen“ — so möchten wir den Gegnern der gedachten Therapie gegenüber noch beifügen, dass wir diese Annahmen für das gesammte im Vorigen gekennzeichnete Gebiet dieser Therapie, das man nun doch wahrlich umfassend genug nennen wird, gültig erachten, dass nicht nur Gefahren, sondern schon ernstere Unannehmlichkeiten, nicht nur „fast stets“, sondern immer zu vermeiden sind, wenn man sich nur mit allem Eifer und aller Sorgfalt der gestellten Aufgabe widmet. Nicht einmal mehr verlangen wir, von dem Satze ausgehend, Lehrgeld müsse gezahlt werden, eine grosse Indulgenz für den jungen Arzt, der erst beginnt sich mit derartigen Vornahmen zu befassen. Beherzigt derselbe nur vor jedem selbstständigen Schritte die bereits genügend reichen Erfahrungen der Anderen (denen er ja doch für alle Zweige vorerst eifrig nachzuspüren hat), so werden auch ihm schon missliche Zufälle nur in seltenen Ausnahmen noch begegnen. Von dem einigermassen Geübten und Erfahrenen aber fordern wir eine Sicherheit in den gedachten Massnahmen, die die Gefährlichkeit derselben völlig in den Hintergrund treten lässt.

Was nun das zuvor genannte Endziel einer Heilung oder doch befriedigenden Besserung der mit Deviationen behafteten Patientinnen betrifft, erwidere man uns ja nicht vom anatomischen Standpunkte aus, dieselbe werde wol nicht erreichbar sein, sondern es werde im Gegentheile, nach noch so langem Gebrauche unserer Apparate, die Deviation für gewöhnlich fortbestehen, sobald wir die letzteren wieder entfernen.

---

[1] l. c. S. 64.

[2] Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, Nr. 37, S. 345.

So gut wir uns bei dem Entschlusse zur Aufnahme einer orthopädischen Behandlung entschieden nicht ausschliesslich an den objectiven Befund halten durften, — nicht etwa jede Versio oder Flexio wollten wir ja in Angriff nehmen, sondern nur jene, die von Beschwerden begleitet einhergeht, — ebenso gut ist uns lediglich das Schwinden dieser Beschwerden der massgebende Fingerzeig für das erreichte Ziel, für die Beendigung unserer therapeutischen Vornahmen, gleichviel ob dann der objective Befund wesentlich verändert ist oder nicht.

Wenn wir also bei einzelnen Autoren Fälle von wirklicher Beseitigung der Deviationen speciell hervorgehoben, sowie die diessbezüglichen Ergebnisse Anderer zusammengestellt und auf ihre Richtigkeit geprüft finden, — siehe z. B. Winckel's[1] Zusammenstellung der numerischen Angaben von Valleix, Martin, Mayer Rockwitz, der beiläufigen Resultate von Hildebrandt, Hartmann, Faye, Sims, Olshausen, — so mag das immerhin von Interesse sein, ist aber in unserer Frage keineswegs die Hauptsache. Wäre letzteres der Fall, dann allerdings stünde es ziemlich misslich um den Werth des in Rede stehenden Verfahrens, denn radicale Heilung der Deviationen, i. e. Beseitigung derselben für die Dauer nach Entfernung jedweden Stützapparates, gehört unserer Ansicht nach entschieden zu den selteneren Ausnahmen.

Doch etwas ganz Anderes ist es, wonach der Erfolg des orthopädischen Verfahrens zu beurtheilen, worin die von uns anzustrebende Besserung oder Heilung unserer Kranken zu suchen ist.

Zuvörderst haben wir die Frage, wie die Umstände nach Weglassung unserer Apparate sein würden, gar nicht in nächste Erwägung zu ziehen. Uns ist vor Allem von Belang, was wir durch die Cur und während der Cur erreichen. Wir erreichen Befriedigendes und sehen uns für unsere Bemühungen belohnt, wenn wir die Wahrnehmung machen, dass durch die eingeleitete Correctur der Lage und Stellung des Uterus eine schmerzhafte Dysmenorrhöe schwindet, gewisse consensuelle und Drucksymptome zum Aufhören kommen, unter Abnahme einer Schwellung des Organes geringere Schleimsekretion, verminderter Blutabgang, das Aufhören intercurrenter Blutungen zu beobachten ist[2], dass unter unserer Behandlung bei eben entfernten oder auch bei eingelegten Instrumenten, eine lange vergeblich ersehnte Gravidität

---

[1] l. c. S. 60.

[2] Vergl. Hegar u. Kaltenbach, Operative Gynäkologie, S. 108.

eintritt, allerlei nervöse Beschwerden beseitigt werden, eine Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren ist, etc. etc.

Sehen wir diese unsere Erwartung bei Aufnahme der Cur, im Verlaufe derselben sich erfüllen, so fahren wir mit unseren Encheiresen fort, so lange wir Grund haben anzunehmen, dass nach definitiver Entfernung unserer Apparate ein verlässliches Ausbleiben der Erscheinungen noch nicht zu erwarten stehe, und lassen höchstens probeweise in Pausen unsere Instrumente weg, um zu controliren in wie ferne deren Wiederapplication noch mehr oder weniger nöthig sei.

Es ist also zunächst keineswegs der Effect der gedachten Therapie zu bemessen nach dem etwaigen Zustande der Patientin nach Beendigung unserer Eingriffe, der auf Besserung oder Heilung der Kranken basirte Erfolg unseres Verfahrens ist keineswegs erst gegeben wenn wir dieselben entlassen; — im Gegentheile, wir haben unsere Zwecke völlig erreicht und erfahren seitens unserer Massnahmen die vollste Genugthuung, wenn wir nur durch und während unserer Cur in jeder Beziehung Befriedigendes erreichen.

Welche Verhältnisse dann nachträglich, wenn wir unsere Apparate entfernen, sich geltend machen würden, ist eine ganz andere Frage. Keinesfalls könnten wir nach dem Gesagten auch den mindesten Tadel unseres Verfahrens zugeben, wenn nach Aussetzung desselben auch alle ursprünglichen Beschwerden wiederkehrten, denn nochmals, nicht Beseitigung der Deviationen, nicht Entfernung sämmtlicher Symptome für die Dauer, sondern beides nur für die Zeit der factischen Anwendung unserer Mittel, ist unsere nächste und wichtigste Aufgabe.

Dass nun, nachdem wir durch kürzere oder längere Zeit unsere Apparate wirken liessen, auch nach Entfernung derselben in den weitaus meisten Fällen Besserung oder völlige Behebung der Beschwerden fortbesteht, ist, so wenig wir ursprünglich darauf zu rechnen brauchten, ein zweiter, allerdings sehr erfreulicher Erfolg, der den Werth unserer Therapie in bedeutendem Grade erhöht. Die länger fortgesetzte exacte Aufrichtung des Uterus bedingt meist eine Verkleinerung des früher geschwellten Organes für die Dauer, eine derbere Consistenz seiner Wandungen, indem (nach Hildebrandt) der Stift regeren Gewebsumsatz mit entschiedener Neigung zur Rückkehr auf die normalen Verhältnisse hervorbringt, vielleicht, wie Winckel[1] es für möglich erachtet, auch eine Neubildung glatter Muskelfasern an

[1] l. c. S. 40.

der Knickungsstelle, und zwar zumal nach intercurrirender Gravidität mit normalem Wochenbett, eine dauernde Druckentlastung der Organe des kleinen Beckens und einzelner Nervenpartieen, etc. etc.

Ob es nun dabei zuweilen zu wirklicher Heilung der Deviation kommt, interessirt uns, wie gesagt, weiter nicht, und ist es desshalb auch gar nicht unsere Absicht, der Competenz der Berichte über derartige Fälle weiter nachzuspüren. Das Factum aber, dass wir auch nach unserer Cur meistens auf eine anhaltende Beseitigung der begleitenden Beschwerden zählen können, kann doch wol dem Arzte sowie unseren Kranken in vollem Grade genügen. Ganz treffend finden wir diess auch bei Winckel hervorgehoben, der sich diessbezüglich stricte dahin äussert, dass, „selbst wenn wirklich Radicalheilung durchaus gar nicht bei dieser Cur zu Stande käme", dieselbe doch ihre gute Berechtigung hätte wegen erheblicher Besserung zahlreicher Beschwerden, Beseitigung gefährlicher Symptome und wesentlich besserer Gestaltung des Befindens der Kranken.[1] Auch Olshausen spricht sich in ähnlicher Weise aus.[2]

Nun einige allgemeine Worte über die nöthige Wahl unseres therapeutischen Apparates gegenüber den diversen Arten der Deviationen, woran wir, auf unsere bisherigen Erfahrungen gestützt, gegenwärtig grundsätzlich festhalten:

a) Eine Flexion nach vorne oder rückwärts ist nie und in keiner Weise mit irgend welcher Aussicht auf Erfolg von der Vagina aus zu corrigiren. Für dieselbe gibt es nur ein rationelles mechanisches Verfahren, es ist jenes der Streckung durch direct wirkende, intrauterine Apparate. Bessern sich in solchen Fällen die Erscheinungen auf bloss von der Vagina aus wirkende Apparate hin, so geschieht diess vielleicht dadurch, dass die Spannung des Scheidengewölbes die Lage des Uterus irgendwie günstig beeinflusst hat, nie aber durch eine erzielte Veränderung der Knickung desselben.

b) Dass die gedachte Streckung des Uterus eine factisch erreichte sein müsse, das obere Ende des Stiftes also nicht unter dem Knickungswinkel enden, der Knopf nicht in der Scheide zu tief

---

[1] l. c. S. 78.

[2] l. c. S. 473, 481.

herabrücken dürfe etc., ist selbstverständlich. Es fallen hiedurch, nebenbei gesagt, jene oft ventilirten Einwürfe Spiegelberg's [1] hinweg, von denen uns nur das Eine nicht einleuchtet, wie man glauben konnte, solche Vorkommnisse könnten gewissenhaft geschulten Aerzten überhaupt jemals entgehen. Wer, der je intrauterine Stifte einzuführen geübt hat, merkte es nicht genau, wann die Spitze derselben die Knickungsstelle passirt — und wer merkte dann nachträglich die geänderte Stellung des Stiftes nicht sofort, falls die Spitze wieder von dort zurückgewichen wäre — wenn schon überhaupt im letzteren Falle der Stift noch im Uterus festhält, und nicht, wie es gewöhnlich geschehen wird, in oder vor die Vagina herabgeglitten ist?

c) Reine Versionen können versuchsweise von der Vagina aus in Angriff genommen werden. Erzielte Erfolge führen sich auch hier meist nur auf Spannung des Scheidengewölbes zurück. Eine eigentliche „Hebung" des geneigten Uterus kommt durch die Vaginalpessare nicht zu Stande — fast, scheint es, könnte man eher das Gegentheil behaupten, dass nämlich die Vaginalpessare die Version zuweilen verstärken! Genügend grosse Vaginalpessare, die durch zureichend ausgiebiges „Stemmen" der nach abwärts gerichteten Uteruswand eine Version wirklich beheben würden, werden nicht vertragen. Bei kleineren aber, die vertragen werden, rückt unserer Beobachtung nach, falls sie noch so gut eingelegt wurden, in der Folge meist das „heben" sollende Segment des Pessars wieder herab, das sich „stützen" sollende gleitet nach aufwärts, gleichviel, ob an der vorderen oder hinteren Vaginalwand befindlich, bis die alte fehlerhafte Lage des Uterus wieder erreicht ist; höchstens noch, dass zuweilen durch Anspannung der Scheide an der „Stützseite" das untere Uterinende noch mehr aus der eigentlich richtigen Lage entfernt, und so die Deviation noch vermehrt wird. Bleibt es aber auch bei einer Spannung des „richtigen" Scheidengewölbes (der „Hebe"-seite), die einzige Art in der die sogenannten Hebelpessare wirken wo man von ihnen Erfolg sieht, so ist die dadurch gegebene factische Lageverbesserung des Uterus jedenfalls nur eine sehr geringe. [2]

---

[1] Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 24, S. 206, und Arch. f. Gynäkol. III. 1, S. 161.

[2] Auch können wir uns der Ansicht nicht entschlagen, dass viele der diessbezüglich zu hörenden günstigen Erfolge überhaupt gar nicht auf Lageverbesserung des Uterus zurückzuführen sein dürften, sondern dass durch das Vaginalpessar oft nur Beschwerden die durch gleichzeitig bestehenden leichten Descensus uteri gegeben, und die man fälschlich ebenfalls der Flexio oder Versio zuschrieb, gebessert werden.

d) Nur in einer bestimmten Kategorie von Versionen lässt sich eine wirkliche Lageverbesserung des Uterus durch Vaginalpessare erzielen. Diese Fälle lassen sich in folgender Weise genau präcisiren: Wo einfacher Fingerdruck auf die Portio genügt, das Corpus des vertirten Uterus völlig in die normale Lage zu hebeln, [1] wozu aber stets eine gewisse Unnachgiebigkeit der Substanz des Organes, meist durch bindegewebige Hypertrophie bedingt, nöthig ist, da kann das vordere oder hintere Segment eines genügend dicken Kautschukringes (letzterer Zeit thaten uns hierin die mit Luft gefüllten Ringe wieder gute Dienste) meist diese momentane Wirkung des Fingerdrucks für die Dauer ersetzen, [2] und so das Vaginalpessar als genügende Vorkehrung gegen die Deviation zur Geltung kommen. *

Die dünnen Pessarien von Hodge könnten diese Rolle natürlich nicht übernehmen. Ihnen fiele wieder lediglich die Aufgabe zu, durch entsprechende Spannung des Scheidengewölbes die Richtigstellung der Portio zu sichern. Wie aus dem Obigen ersichtlich, halten wir den auf diese Weise zu erzielenden Effect für nicht allzu verlässlich.

e) Ein intrauteriner Stift allein behebt stets nur die betreffende Flexio, und hat nie eine Besserung der Versio zur Folge. Der verto-flectirte Uterus fällt mit dem eingeführten Stifte meist genau in seine frühere Versionsstellung zurück — nur liegt er jetzt gestreckt, statt geknickt.

Ein intrauteriner Stift aber, in Verbindung gebracht mit irgend einer vaginalen Vorrichtung, [3] die bei Retroversio den Knopf des

---

[1] Exacte Bewegung um Aran's Axe de suspension.

[2] Dessgleichen andere Vaginalpessare, die diesen Zweck wirklich erreichen.

* So verhielt es sich z. B. im folgenden Falle:

Frau N. von hier, 32jährige Mehrgebärende, leidet seit ihrem letzten Wochenbette (i. e. mehrere Jahre) an mässigen Kreuzschmerzen und continuirlichem höchst lästigen Harndrang. Die Untersuchung ergibt Retroversio uteri; die direct nach vorne sehende Portio übt, der Schwere des Uterus zufolge, einen ganz energischen Druck gegen die Blase. Blosses Zurückdrängen der Portio durch Fingerdruck genügt zur völligen Aufrichtung des in seiner Substanz ziemlich starren Uterus. Dieselbe Wirkung wird durch einen dicken Gummiring erzielt, dessen vorderer Bogen die Portio ausgiebig zurückhält, und so weit eine Correctur der Deviation schafft, dass die Patientin völlige Erleichterung verspürt.

Der Ring wird nun in's zweite Jahr getragen. Seine probeweise Entfernung lässt die alte Beschwerde stets noch zurückkehren, wenn auch lange nicht mehr in der ursprünglichen Heftigkeit.

[3] Hieher zählt natürlich auch das von Schröder, Amann etc. adoptirte Verfahren, durch vor oder hinter die Kugel oder Platte des Stiftes geschobene

Stiftes nach hinten, bei Anteversio nach vorne fixirt, und so den Stift als Hebel benützend, den Uterus wirklich „aufrichtet“ — ist, unserer Erfahrung nach, bei Versio-Flexionen ganz entschieden der einzige Weg zur Bekämpfung dieser combinirten Deviation, ist aber auch bei reinen Versionen, falls sie nicht unter die sub d) genannte Kategorie fallen, die einzige verlässliche Vorkehrung.

f) Aus dem Gesagten gelangen wir zu dem Schlusse, dass man sich bei Flexionen auf Intrauterinpessare, bei Versio-Flexionen und reinen Versionen (mit Ausnahme der durch lediglichen Druck auf die Portio völlig corrigirbaren) auf eine Combination von intrauterinen und vaginalen Stützapparaten am klügsten beschränkt.

Die blossen Vaginalpessare werden hiernach in Bezug auf die vorliegende Frage stark bei Seite gestellt, nicht aber aus allzu warmer Parteinahme für die Intrauterintherapie, auch nicht aus leidiger Oppositionslust gegenüber der bisherigen ausserordentlich verbreiteten Verwendung jener Apparate, sondern lediglich ihrer wirklich beschränkten Zweckdienlichkeit halber.

Wattebäusche die gewünschte Fixirung der ersteren nach rückwärts oder vorne zu erreichen. Wir konnten uns, der Stauung der Sekrete, des doch häufig nöthigen Wechsels dieser Einlagen, etc. halber, für dieses Verfahren nie begeistern, und verwenden, wie aus dem Folgenden ersichtlich sein wird, zu dem gedachten Zwecke lediglich Vaginalpessare.

IV.

Endlich wollen wir noch an der Hand selbstgemachter Erfahrungen einiges Specielles über die Durchführung des orthopädischen Verfahrens beibringen, hoffend, dass sich diess oder jenes davon zu allgemeiner Annahme empfehlen dürfte.

Bezüglich der Art der Stifte verwenden wir nunmehr fast ausschliesslich die einfachen Hartgummistifte mit rundem, flach convex-concavem Scheibchen an ihrer Basis. Ihre Verschiedenheit — man thut gut, diese Stifte stets in grösserer Auswahl vorräthig zu haben — besteht lediglich in grösserer oder geringerer Länge des Stiftes, in etwas verschiedener Dicke desselben, endlich aber in verschiedener Grösse der Scheibe. Die Länge des Stiftes betreffend, wält man stets so, dass derselbe etwa um $^1/_2$—1 cm kürzer ist als die Entfernung des Orific. extern. zum oberen Ende des Cavum uteri. Es fällt so die Möglichkeit hinweg, dass der Stift durch Stemmung an letzterem Orte eine Reizung hervorriefe, es wird aber auch der Vorwurf nichtig, dass hochgelegene Knickungen, höher als am Orificium internum[1], der corrigirenden Wirkung des Stiftes nicht theilhaftig würden. Die Dicke des Stiftes betreffend, soll derselbe nie, auch nicht an der engsten Stelle des passirten Canales, ausdehnend wirken, da er dann unserer Erfahrung nach gewöhnlich für die Dauer nicht vertragen wird. Nach der anderen Richtung soll er nie dünner sein als die gewöhnliche Sonde. Wäre durch die Verhältnisse ein so geringes Kaliber gefordert, so liegt örtliche Stenose vor, und ist selbe vor Einlegung des Stiftes durch die Discission zu beheben. Aus dem eben Gesagten geht hervor, dass wir dem Ausspruche Olshausen's,[2] gerade die Stenose sei es, „welche das eigentliche Behandlungsobject für die intrauterinen Pessarien bilden soll", nur in so ferne beipflichten können, als es sich um lediglich durch die Inflexion geschaffene Aufhebung des

---

[1] Solche Knickungen des Uteruskörpers beschrieben Klob und Hewitt. Hildebrandt spricht von zwei Fällen von Retroflexio, „bei denen der Knickungswinkel ganz nahe unterhalb der Tubenmündungen lag".

(Das Vorkommen der Knickungsstelle tiefer als gewöhnlich, also unterhalb des Orific. intern. wird mehrfach erwähnt.)

[2] l. c. S. 476.

Lumens des Uterincanales handelt, während wir eine factisch ausdehnende Wirkung des Stiftes auf eine eigentlich stenosirte Stelle nicht in Anwendung gezogen wissen wollen. Wie richtig übrigens die weitere Behauptung Olshausen's, dass man die Stenosirung oft sicherer aus ihren Erscheinungen, denn aus der Sondirung erkenne — darauf kommen wir im Weiteren wieder zurück.

Die zu wählende Grösse der Scheibe hängt zunächst lediglich davon ab, ob sich der Stift schwerer oder leicht in situ erhält. Bei enger Vagina, bei vertirtem oder verto-flectirtem Uterus genügt meist eine ganz kleine Scheibe. Die Basis der letzteren wird dann meist in ihrer ganzen Ausdehnung von der enge anliegenden Vaginalwand gestützt, zumal bei Anteversio-flexio, wo diese Aufgabe der hinteren Vaginalwand zufällt; während bei Retroversio-flexio hauptsächlich nur ein Stück der Kante der Scheibe von der (vorderen) Vaginalwand gestützt wird und desshalb schon eine etwas grössere Scheibe vorzuziehen ist. Bei weiter, schlaffer Vagina, bei reinen Flexionen, wo die Portio mehr direct nach abwärts, also, wenn wir so sagen dürfen, mehr in das „Lumen" der Vagina hineinsieht, bedarf es wieder einer grösseren Scheibe, da selbe eben ringsum lediglich an ihrer Kante Stützung findet. (Wir sprechen hier natürlich von Einlage des Stiftes allein ohne vaginaler Vorrichtung.)

Für die grosse Mehrzahl der Fälle unterliegt es uns keinem Zweifel, dass das Intrauterinpessar seine eigentliche Stütze in der Vagina zu finden hat, und, wo diess nicht der Fall, sofort aus dem Uterus zurückgestossen wird. Oft genug kann man letzteres im Speculum beobachten, wo der bereits völlig eingeführte Stift, sobald er sich selbst überlassen wird, gewöhnlich wieder zurückgleitet, es sei denn, man lasse ihm alsbald unter Rückziehung des Speculums die geeignete Stütze an der Vaginalwand finden. Zuweilen jedoch fanden wir auch, gerade im Speculum, dessen Anwendung zur Beurteilung dieser Verhältnisse unbedingt nöthig, das Gegentheil, dass nämlich der Uterus selbst den einfachen glatten Stift, sobald er völlig introducirt war, festhielt und nicht zurückstiess. Insbesondere war das bei ausgesprochenen Knickungen der Fall. Vielleicht erklärt sich dieser Umstand zunächst aus dem Bestreben des Uterus, die vor der Correctur innegehabte Beugehaltung wieder einzunehmen, in Folge dessen seitens seiner Wandungen ein allseitiger Druck auf den Verlauf des Stiftes geübt und derselbe derart gewissermassen festgeklemmt wird — ein Verhältniss, das auch bei dem Eintritt von Contractionen, die den Fremdkörper auszustossen bestrebt sind,

fortbesteht — und so dessen Verbleiben in situ bewirkt. Oder aber man hält die Erklärung Winckel's [1] fest, der das Nichtausgleiten des Stiftes „auch bei Retroversionen und Retroflexionen, obwohl sein Knopf dem Introitus vaginae sehr nahe liegt und fast gar nicht von den Scheidenwänden gestützt wird", darin begründet sieht, dass ihn eben der Uterus „namentlich am inneren Muttermunde mehr weniger fest umfasst".

Betreffs der übrigen Stiftarten nur einige Worte über die mit getheilter, auseinander federnder Spitze, und über die mit Fensterung versehenen Hohlstifte.

Die erstere Gattung anbelangend, versuchten wir es etliche Male mit den Wright'schen Pessarien, in Fällen, wo eine verlässliche Fixation des Instrumentes im Uterus selbst dringend wünschenswerth gewesen wäre, da eine solche seitens der Vagina nicht in genügender Weise erfolgte. Wir gelangten jedoch alsbald zur Einsicht, dass solche Stifte mit geringer Federung im Uterus alsbald zu einfach glatten Stiften würden, da die Federung von Seite der Uteruswandungen sofort überwunden, die beabsichtigte Selbstfixirung also ganz problematisch wird; dass hingegen diese Stifte mit straffer Federung den Uterus derart reizen, dass sie füglich nicht applicirt bleiben können.

Von den gefensterten Hohlstiften kamen wir ebenfalls wieder zurück. Nicht nur dass wir erfuhren, wie die Höhlung des Stiftes durch Schleim und Blutgerinnsel gar bald dauernd unwegsam, also die beabsichtigte Drainage völlig illusorisch wird — sondern wir überzeugten uns auch, dass die Fensterung dieser aus hartem Material gefertigten Stifte (von weichen Hohlstiften konnten wir von vorhinein nie etwas erwarten) einmal beim Aus- und Einführen derselben verletzend, dann aber auch während der Applicationsdauer reizend auf die Uterusschleimhaut wirkt.

Einer Modification des obigen einfachen Stiftes, welche wir für gewisse Fälle von Versio-flexio, denen man anderswie nicht gut beikommen kann, ersannen, und wodurch wir weitere Nachhilfen von der Vagina aus umgehen wollten, sei hier gedacht, da dieselbe sich uns öfter als ganz brauchbar erwies.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass es zuweilen gelingen müsse, nicht nur mit dem Stifte eine Flexio, sondern auch mit der Scheibe eine gleichzeitige leichte Versio zu corrigiren, wenn letztere

---

[1] l. c. S. 37.

nur in passender Weise die Stützung seitens der Vagina ausnützte, kamen wir darauf, die einfache Grenzkante der runden Scheibe in eine Grenzfläche zu verwandeln, um so der Vaginalwand den gewünschten Angriffspunkt zu verschaffen. Ein kurzer Cylinder von entsprechendem Umfange wird, in das Vaginalrohr gelegt, von letzterem besser fixirt gehalten werden, als eine einfache Scheibe, die mit dem Querschnitte des Rohres bald die verschiedensten Winkelstellungen einnehmen wird. Für Fälle also, in denen es wünschenswerth, dass die Basis des Stiftes doch möglichst in der Ebene des betreffenden Querschnittes der Scheide fixirt bleibe (eben leichte Versio und Versioflexio), liessen wir statt der Scheibe einen kurzen Hohlcylinder (nach oben geschlossen, nach unten offen) die Rolle dieser Basis übernehmen. Es leidet dadurch das Gewicht des ganzen Pessars kaum merklich, da die Wandungen des Cylinders ja ganz dünn sein können. Seine Zweckmässigkeit aber erprobten wir, wie gesagt, bereits in mehreren Fällen.*

---

* So z. B. im folgenden Falle, wo uns jede andere Vorrichtung im Stiche liess:

Frau Sp. von hier, 35 Jahre alt, Mehrgebärende, leidet an Retroversio-flexio uteri. Constante quälende Schmerzen in der Kreuzgegend sind das hervorragendste Symptom. Diverse Vaginalpessare waren ohne allen Erfolg geblieben, trotzdem der Uterus gut reponibel ist. — Der intrauterine Stift mit breiter Scheibe (gewöhnlicher Art) macht sofort nach seiner Application alle Schmerzen verschwinden, doch nach ganz kurzer Zeit sind sie in der alten Weise zurückgekehrt, i. e. der Uterus ist mitsammt dem Stifte nach rückwärts umgesunken, nur die Flexio nicht die Versio ist behoben, und letztere ist hier der Hauptgrund aller Beschwerden. Die Combination von Stift und Ring, Meadow's Regulator, werden nicht vertragen. (Letzteres Instrument veranlasste auch Blutungen.) Wie also nur einigermassen eine Fixirung des Stiftes erzielen? Einzig unsere obige Modification der Scheibe half uns hier aus der Verlegenheit. Der Apparat wurde vertragen und corrigirte anfangs durch mehrere Tage, dann — nachdem wir der Patientin beigebracht, sobald sie aus der Rückkehr der Schmerzen wieder schlechtere Lage des Uterus vermuthe, sich mit dem eingeführten Finger die Scheibe selbst richtig zu stellen — durch Wochen. Schiesslich blieb der Apparat auch ohne Nachhilfe in der richtigen Lage und die Schmerzhaftigkeit war dauernd benommen. — Als wir die Frau zuletzt sahen, handelte sich's um etwas zu profuse Menstruation. Wir entfernten den Apparat, nachdem sie ihn 3 Monate getragen hatte. Die Schmerzen kehrten seitdem nur zur Zeit der Menses, aber auch dann in viel geringerem Grade, wieder. Uns unerwünschter Weise gab sich die Patientin mit diesem Erfolge schon zufrieden. Längeres Tragen des Instrumentes hätte hier vielleicht völlige Herstellung bewirkt.

Leichte Versionen kann man oft auch dadurch corrigiren, dass man lediglich die Scheibe des Stiftes recht breit wählt. Bei Retroversio drängt dann das nach vorne gelegene Segment der Scheibe die Portio von der vorderen Vaginalwand weg, bei Anterversio drängt das nach hinten gelegene Segment dieselbe von der hinteren Vaginalwand weg, und wird so direct eine Stellungsverbesserung des Uterus bewirkt.*

Bei stärkeren Versionen und Versioflexionen aber wird es, wie oben ausgesprochen, meist nöthig sein, die Regulirung der Scheiben- (oder Knopf)-Stellung des Stiftes durch secundäre, in die Vagina eingelegte Vorrichtungen herbeizuführen, i. e. (wie wir es ausschliesslich wünschen) dem Intrauterinpessar ein Vaginalpessar beizufügen.**

Von vorhinein verbundene Apparate dieser Art sind bekanntlich im Laufe der Zeit vielfältig construirt worden. Wir halten die meisten derselben für unbrauchbar, weil ihre Wirkungsweise eine zu gewaltsame ist. (Siehe u. a. auch Olshausen's Bemerkung über

---

* Wir erwähnten ein solches Vorgehen bereits in einigen der angeführten Fälle; recht erspriesslich war es auch im folgenden:

. . Frau M. aus Leibnitz, 34 Jahre alt, leidet, wol in Folge ihrer mehrfachen Geburten in verhältnissmässig kurzem Zeitraume, an Anteversio uteri. Stetes Gefühl von Schwere im kleinen Becken, bei manchen Bewegungen bis zu intensiver Schmerzhaftigkeit gesteigert. Drängen und Ziehen nach abwärts etc. — Der einfache intrauterine Stift mit etwas breiter Scheibe corrigirt genügend, und entspricht auch in Bezug auf Besserung der Beschwerden vollständig, ohne dass eine weitere vaginale Fixirung nöthig wäre. Er wird durch viele Monate getragen. Nach neuer Gravidität und emsig überwachtem Puerperium bleibt die Lage des Uterus eine bessere, so dass die wiederholte Application eines Stützapparates nicht mehr nöthig erscheint.

** So z. B. in folgendem Falle:

Frau Z. von hier, 37jährige Mehrgebärende, leidet in Folge ihrer etwas zalreichen Entbindungen an ausgesprochener Anteversio-flexio. Hervorragendstes Symptom bildet ein schmerzhaftes Gefühl von Druck nach vorne auf die Blasengegend beim Sitzen, so dass ihr letztere Stellung des Körpers überhaupt nur mit Unterbrechung möglich ist. Der einfache Stift mit noch so modificirter Scheibe ändert an den genannten Erscheinungen nichts, und wir sehen uns absolut genöthigt zur Nachhilfe mittelst eines Vaginalringes zu greifen, der das untere Stiftende günstig fixirt hält. Erst jetzt ist völlige Erleichterung geschaffen. Der Apparat wird ohne alle missliche Folge nunmehr seit einem halben Jahr getragen.

die sogenannten federnden Regulatoren).[1] Ganz selten nur bedienten wir uns eines solchen fix verbundenen Apparates, und zwar des Springpessary von Meadows, worüber unten.

Eigentlich zweckmässig erscheint es uns lediglich, erst nach geschehener Application eines für den jeweiligen Fall genau passenden Intrauterinstiftes — ebenfalls mit sorgfältiger Rücksichtnahme auf die individuellen Verhältnisse, ein gesondertes Vaginalpessar einzulegen, dessen alleinige Aufgabe es ist, die Scheibe oder den Knopf des Stiftes nach vorne oder nach rückwärts zu postiren.

Es geschieht diess nach zwei Principien. Entweder so, dass die Scheibe (resp. der Knopf) des Stiftes innerhalb der inneren, oder so, dass sie ausserhalb der äusseren Peripherie des Vaginalpessars zu liegen kommt, dass sie also durch das Vaginalpessar nach vorne gezogen oder nach hinten gedrängt wird. Zu ersterem Zwecke können lediglich dickere Ringe (am besten Gummiringe), zu letzterem sowol dickere als zartere Pessare (Mayer'sche Ringe, Hodge's Pessare) verwendet werden. In allen Fällen hat dann das Vaginalpessar seinen eigentlichen Angriffspunkt an der Portio, und trägt der freie Rand der Stiftscheibe höchstens dazu bei, das Abgleiten der Portio vom Vaginalpessar zu hindern, darf aber ein eigentliches Stützen des Vaginalpessars auf die obere Fläche des Scheibenrandes nicht Statt haben, um letzteren nicht vom äusseren Muttermunde wegzuzwängen und so den Stift etwas aus dem Uterus herabtreten zu machen.

Zur Erzielung der gedachten Zwecke, besonders des „nach rückwärts Drängens" der Scheibe, genügen oft ganz kleine Pessare; es sind ja dieselben dann sozusagen nur in dem einen Scheidengewölbe placirt (das andere nimmt nur die verdrängte Portio ein); — zur „Heranziehung" der Portio brauchen dieselben ebenfalls nicht umfangreich, sondern nur ziemlich stark in der Masse zu sein.

Die Grösse des Pessars, die im individuellen Falle nöthig sein wird, wird bemessen nach der Entfernung, die der explorirende Finger von der entgegengesetzten Vaginalwand weg zurückzulegen hat, um die sich selbst überlassene Scheibe des eben introducirten Stiftes auf jenen Platz zu „ziehen" oder zu „drängen", auf welchem behufs andauernder Correctur der Versionsstellung des Uterus ihr Verbleiben erwünscht ist.

---

[1] l. c. S. 479.

Natürlich muss diese Verlagerungsweise der Scheibe von vorhinein genau bestimmt werden, und dann je nach Zweckmässigkeit diess oder jenes Pessar gewält und gleich im entsprechenden Sinne introducirt werden. Das gedachte „Wegdrängen“ der Portio wird selbstredend gewöhnlich eine bedeutendere Locomotion derselben bewirken als das „Heranziehen“.

Nur in Ausnahmsfällen bedienten wir uns eines eigentlichen federnden Regulators und zwar, wie oben erwähnt, des Springpessary von Meadows, das wir gelegentlich im Saint Mary's Hospital bei Meadows selbst kennen lernten. Die Beschreibung dieses Instrumentes gaben wir bereits an anderer Stelle[1]. Was uns von vorhinein für die Construction dieses Regulators gegenüber anderen Formen federnder Regulatoren einnahm, war die Einschaltung des Knopfes des Stiftes in der Peripherie des Vaginalringes, während bekanntlich bei allen andern derartigen Apparaten der Stift mehr weniger von der Mitte des Scheidenpessars ausgeht. Es ist nämlich leicht ersichtlich, dass eine Construction wie die letztere irgend eine ausgiebigere Correctur der Versionsstellung nicht zulässt, indem ja der eine Halbring des Vaginalpessars einer genügenden Verschiebung der Portio stets mehr oder weniger hinderlich sein muss — dass also dieser eine Halbring logischer Weise am besten völlig wegzulassen ist. Andererseits konnten wir aber auch, wenigstens an Meadows' Instrument nicht beobachten, dass die excentrische Befestigung des Stiftes die Umdrehung des Regulators und den Wiedereintritt der früheren Lage des Uterus begünstigte, wie Schröder das für derart construirte Apparate besorgt[2]. Der Umstand jedoch, der gerade letzteren Missstand von Meadows' Apparat fernzuhalten scheint, war es auch, der uns trotz einiger anfänglich befriedigender Erfolge, diess Instrument wieder verleidete. Ihn zu erwähnen halten wir aus mancherlei Gründen für angezeigt. — Der vaginale Ring dieses Regulators gleicht etwa einem Hufeisen, dessen freie Enden von beiden Seiten her derart zusammengedrängt wurden, dass sie ein kleines Stück parallel laufen. Die beiden Endpunkte dieser kleinen Arme halten den dortselbst gelenkig eingeschalteten Knopf des Stiftes zwischen sich.

Wird nun einerseits durch diese Formirung des Vaginalringes allerdings der Effect erzielt, dass sich derselbe in der Scheide nicht

---

[1] Börner's gynäkologische Reise etc. S. 97.

[2] l. c. S. 170.

so leicht in horizontaler Richtung verschiebt wie ein runder oder ovaler Ring — so bemerkten wir doch andererseits in allen Fällen, dass sich nach längerem Tragen des Instrumentes, die eben genannten, den nur kleinen Knopf haltenden und desshalb nahe beisammen liegenden Endarme, mit sammt dem Knopfe durch den äusseren Muttermund hindurch ein ganzes Stück weit in den Cervicalcanal hineinbohren, und dadurch successive derartige Schmerzempfindungen hervorrufen, dass das Instrument entfernt werden muss. Untersucht man nachträglich, so ist das untere Ende des Cervix fingerhutförmig geöffnet — oft so weit, dass es die ganze erste Phalanx des Fingers aufnimmt. Die Schmerzempfindungen jedoch dürften, ausser durch dieses Einbohren in den Cervixcanal, wohl auch dadurch bedingt werden, dass der immer höher gedrängte Stift zuweilen mit seiner Spitze an das obere Ende des Uteruscavum stösst — ein Umstand, der unserer Ansicht nach gerade bei diesem Regulator sehr in Erwägung zu ziehen wäre. —

Nach dieser auf einzelne Arten unserer Apparate abzielenden Besprechung, der wir gleich von vorhinein auch einige Bemerkungen über die Regulirung der Stiftstellung von der Vagina aus anreihten — wollen wir nun über die Einführungsweise des intrauterinen Stiftes selbst Einiges beifügen, und damit unseren Abschnitt über das speciell Mechanische der in Rede stehenden Therapie abschliessen.

Unser Vorgehen bei der Einführung intrauteriner Stifte ist stets folgendes: Eine nochmalige bimanuale Untersuchung, genaue Sondirung, endlich die Stiftapplication. Trotz mancherlei geschehener Einwendungen müssen wir die Nothwendigkeit betonen, diese Reihenfolge stets völlig einzuhalten.

Die bimanuale Untersuchung gibt uns nochmals Vergewisserung über die Art der Knickung, einen beiläufigen Wink, wie die Sonde zu appliciren sei, wie weit sie nach der Grösse des Uterus allenfalls eindringen müsste, wie stark beiläufig sie von Anfang an zu krümmen sei[1] etc.; ferner aber sagt uns die bimanuale Untersuchung in Be-

---

[1] Sagt Benicke — l. c. S. 210: „Besonders zur Diagnose von Gestaltveränderungen des Uteruscanals ist eine starre Sonde brauchbarer, da die biegsame beim Ein- und Ausführen beliebig ihre Gestalt verändern, uns also keinen sicheren Aufschluss über das wirkliche Verhalten des Kanals geben kann“ — so können wir darauf nur erwiedern, dass eine derartige Biegsamkeit der Sonde allerdings nicht zulässig ist. Wir selbst müssen der Sonde eine beliebige Biegung geben können, durch die Introduction darf selbe jedoch nicht um ein Minimum

treff der Application des Speculums — und wir introduciren den Stift fast stets nur im Speculum, wofür die Gründe im Folgenden — ob wir dasselbe von vorhinein tief oder weniger tief einzuführen haben (je nach dem Hochstand des Uterus), ob wir es mit dem vaginalen Ende mehr nach vorne oder hinten, nach rechts oder links zu leiten haben (je nach der Richtung die die Portio einhält), endlich welche Nummer des Speculums beiläufig die Weite der Vagina, welche Art Speculum der Fall überhaupt verlangt, etc. etc.

Es sind diess anscheinend unwichtige Bemerkungen. Sie haben aber praktischen Werth insoferne, als es uns der Patientin und uns selbst gegenüber stets erwünschter sein wird, in den einleitenden Proceduren sofort gleich das Richtige zu treffen, und uns nicht mit der Wahl des Speculum, der Einstellung der Portio etc. lange aufhalten zu müssen; hatten wir auch den betreffenden Fall schon früher examinirt, so kann uns doch durch dazwischen vorgenommene andere Fälle manches wieder entfallen sein.

Es folgt die Sondenuntersuchung. Wir halten selbe stets für nöthig, da sie allein uns über die Weise wie der Stift einzuführen ist Klarheit gibt. Wir führen zuerst die Silbersonde ein, der wir die unserer Schätzung nach entsprechende Krümmung gegeben haben. Sie bestätigt uns die Art der Knickung. (Dass man die Sonde jemals beliebig mit nach vorne oder rückwärts sehender Concavität einführen könnte, halten wir in so ferne für unrichtig, als diess unserem Dafürhalten nach stets nur mit Ausserachtlassung der beim Sondiren überhaupt nöthigen Zartheit geschehen könnte.) Sie zeigt uns genau die Stelle der Knickung, i. e. die Höhe des Sitzes derselben. Dass der Sondenknopf je unterhalb der Knickungsstelle geblieben sein könnte, wo man seiner Ueberzeugung nach die Introduction der Sonde vollendet hatte — behauptet Niemand; ebenso wird sich nicht mehr behaupten lassen, die Spitze des Stiftes sei nur so ungenügend weit vorgeschoben worden — wenn man denselben nach Massgabe der Sonde eingeführt hat.

Die Sonde zeigt uns ferner, und das ist wol das Wichtigste, ob man es an der gedachten Stelle mit einer Stenose oder einfachen Knickung zu thun habe. Es lässt sich schwer beschreiben wie dieser Unterschied zu erkennen sei; nur können wir behaupten, dass diese Unterscheidung aus dem eigenthümlichen Widerstand den die Sonde

---

alterirt werden. Wenigstens der von uns gebrauchten Silbersonde könnte nur eine bedenklich gewaltsame Introductionsweise die kleinste Aenderung der ihr vordem gegebenen Biegung aufzwingen.

findet, aus der zu seiner Ueberwindung nöthigen Energie beim Ein- und Zurückführen der Sonde etc. — meist ganz gut möglich sei, und die Fertigkeit in dieser Beurtheilung von jedem angehenden Praktiker eifrig angestrebt werden müsse. Allerdings kommt hiebei noch in Erwägung zu ziehen, dass wenn auch „die Sonde erheblichere Stenose unzweifelhaft nachweist", doch oft auch auf das Vorhandensein der letzteren geschlossen werden muss, wenn bloss deren characteristische Erscheinungen vorliegen, nach der Sondirung jedoch dieselbe ausgeschlossen werden könnte. (Vergl. diessbezügl. Olshausen[1].)

Das stenosirte Lumen aber — zunächst freilich wol das durch die Sondirung erkennbare stenosirte Lumen — von dem bloss durch die Inflexion enge gewordenen und durch die Sonde wieder ausgeglichenen, genau zu unterscheiden, ist stets von Belang, weil wie bereits angedeutet, im ersteren Falle vor der Stifteinführung eine Discission der Stenose nöthig wird; ohne diese vorgängige Operation wird das Intrauterinpessar, wenn schon seine Einführung gelingt, meist nicht lange vertragen. Eine dauernde Besserung der Stenosirung durch blosse Stifteinlage, selbst wenn letztere keine Beschwerden hervorriefe und also eine Zeit lang belassen werden könnte, gehört zu den Ausnahmsfällen.

Bloss in den Fällen wo keine durch die Sonde nachweisbare Stenose vorhanden ist, können wir sofort zur Einführung des Stiftes schreiten.

Haben wir uns die Art wie die biegsame Sonde eindrang, genau gemerkt, so führen wir jetzt nach Entfernung der ersteren die gerade Simpson'sche Sonde nach. Jedenfalls wird selbe nunmehr meist leichter einzubringen sein, als wenn man von Anfang an gleich zu derselben gegriffen hätte, und jedenfalls muss auch ihre Einführung überhaupt möglich sein, wenn darnach ein gerader Stift eingebracht werden soll. Die Art und Weise wie die gerade Sonde einging, muss bei Einführung des Stiftes genau nachgeahmt werden. Dass ihre vorgängige Einführung, vielleicht wirklich durch etwas nachhaltige Streckung des Uterus, die Application des geraden Stiftes um Einiges erleichtert, hat sich uns ebenfalls bestätigt.

Gelingt die Einführung der geraden Sonde nicht, so geht auch der gerade Stift nicht ein, und muss selbem dann über der Spirituslampe eine leise Krümmung gegeben werden.

Den Stift selbst introduciren wir mit einer langen Kornzange, (wie wir selbe auch stets als Charpie- und Watte-, häufig als Aetz-

---

[1] l. c. S. 476.

mittel-Träger etc. benützen). Die Branchen der Zange fassen das Scheibchen des Stiftes an seinen Rändern fest. Es ist gerathen, die Längsaxe des Stiftes zur Längsaxe der Kornzange in dieselbe Winkelstellung zu bringen, die das kurze Ende der geraden Sonde, deren Einführungsweise man eben ersehen hatte, mit dem übrigen Stücke derselben einnimmt. Man hat sich so gewissermassen wieder eine Art Sonde gebildet, und bringt dann den Stift meist auch ebenso leicht ein als die gerade Sonde selbst.

Ein Handgriff, der sich uns öfters als praktisch erwiesen, wenn die Knickung stark war, die gerade Sonde nur schwer einging, und auch die Einführung des Stiftes in obiger Weise auf Widerstände stiess — besteht darin, unter Beihülfe einer zweiten gleichlangen Kornzange den Stift ein zweites Mal und zwar in einem kleineren Winkel zu fassen, nachdem er mit der ersten Zangenanlegung ein Stück weit emporgebracht worden. Der Stift beschreibt hiedurch während seiner Einführung noch mehr eine Bogenlinie, und kamen wir in dieser Weise stets zum Ziele, auch wo uns seine Einführung anderswie absolut nicht gelingen wollte.

Der Wechsel zwischen beiden Zangenanlegungen geschieht derart, dass man, sobald die erste Zange den Stift so weit es geht in den Cervicalcanal emporgeschoben, nun mit der zweiten Zange die Basis des Scheibchens stützt und passend verschiebt, die erste Zange abnimmt und damit die Scheibe in einem kleineren Winkel von neuem fasst. Den Dienst der zweiten Zange kann natürlich allenfalls auch die Sonde verrichten. Zur völligen Einführung des Stiftes ist öfters auch eine dritte Fassung desselben nöthig; sie kann umgangen werden durch einfaches Empordrängen des letzten Stückes vom oberen Abschnitte der Scheibenbasis her — eben mit der Spitze der geschlossenen Zange oder dem Sondenknopfe.

Ist die Stifteinführung gelungen, so halte man sich nicht damit auf, die (einfache) Scheibe irgendwie in der Vagina zu verschieben, falls man es lediglich bei der Einlage des Stiftes bewenden lassen will. Dessen Scheibe ist ja gezwungen von vorhinein einen bestimmten, ob nun erwünschten oder nicht erwünschten Platz einzunehmen, und wird, wenn auch für den Augenblick an einen anderen gebracht, doch stets wieder in jene erste Stellung zurückkehren, sobald sie sich selbst überlassen ist.

Eine fixe Verschiebung der Scheibe kann nur durch secundär eingelegte, bleibende Vorrichtungen erzielt werden. (S. hierüber im Vorigen über die zu diesem Behufe eingelegten Vaginalringe.)

Man entferne vielmehr jetzt das Speculum wieder und nehme darnach eine Digitaluntersuchung zur Controle der gelungenen Stifteinführung vor, i. e. zur Revision ob das Scheibchen des Stiftes wirklich völlig der Portio anliege, der Stift auch nicht um ein Minimum aus dem Uterus zurückgetreten sei.

Bei Entfernung des Speculums, zumal des zu obiger Vornahme von uns gebrauchten zweiblättrigen (s. u.), zerrt oft die Endkante desselben etwas an dem Rande der Stiftscheibe. Damit desshalb nicht eine Verrückung des Stiftes bewirkt werde, halten wir stets das Scheibchen mit der Zange oder Sonde zurück, bis das Speculum zum grössten Theile aus der Vagina gezogen ist.

Wir kommen hier auf die Gründe zurück, wesshalb wir den Stift fast stets [1] nur unter Anwendung des Speculums introduciren. — Zunächst halten wir diess für ein rücksichtsvolleres Verfahren, weil wir durch Freilegung des vaginalen Weges der Patientin alle lästigen manualen und instrumentalen Insulte dieser Partie ersparen. Ferner ist diess Verfahren ein präciseres; das Ueberwachen der ganzen Procedur mit dem Auge bietet, im Gegensatze zum blossen Nachfühlen mit den Fingern, die Vortheile grösserer Raschheit und Sicherheit. Weiterhin gelingt auf diese Weise jede instrumentelle Einführungsart des Stiftes, wogegen schon gleich die eben besprochene mit der Kornzange, ohne Speculum fast nicht möglich ist, da die freistehenden Spitzen der das Scheibchen tragenden Zange die Schleimhaut leicht empfindlich verletzen könnten. (Auch obiger Handgriff der mehrfachen Stiftfassung könnte dann nicht durchgeführt werden.) Schliesslich aber helfen uns ja gewisse Specula dazu, die ganzen Verhältnisse für Sonden- und Stifteinführung günstiger zu gestalten. Wir bedienen uns speciell zu diesem Zwecke seit langem des zweiblättrigen Speculums von Cusko, mit Entenschnabelform. Der grosse Vortheil desselben liegt darin, dass es die noch so sehr nach vorne oder hinten gerichtete Vaginalportion, besser und vollständiger als jedes andere Speculum in sein Lumen einstellen lässt. Bei Neigung des Uterus nach vorne drängt der eine Löffel vom vorderen Laquear aus das Corpus in die Höhe, und hebelt dadurch die nach rückwärts gerichtete Portio meist sehr vollständig nach vorne. Bei Neigung des Uterus nach rückwärts geschieht die entsprechende Verbesserung in der Weise, dass durch Spannung des hinteren Laquear die nach vorne verlagerte Portio etwas nach rückwärts gezogen wird (und so

[1] Höchstens wo im selben Falle der Stift schon mehrfach introducirt worden, nehmen wir die späteren Male eine bloss manuale Einführung desselben vor.

besser in's Lumen des Speculum rückt), das Corpus aber durch dieses Rücktreten der Portio wie durch Hebelwirkung etwas von hinten nach oben und vorne gebracht wird.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass natürlich unter dem Gebrauche dieses Speculum auch in den meisten Fällen von Knickungen Sonde und Stift leichter einzuführen sein werden, nur ist dann wieder diese Erleichterung auf ledigliche Verbesserung der gleichzeitig bestehenden grösseren oder geringeren Version zurückzuführen.

Im Anhange noch einige ergänzende Bemerkungen. Bekanntlich findet man in den auf unser Thema bezüglichen Schriften meist die Anleitung gegeben, vor der Einführung des Stiftes eine Aufstellung des Uterus manual, oder mittelst der Sonde, des Redresseur's, vorzunehmen. Einen entsprechenden Rathschlag ertheilten wir im Vorhergehenden nicht[1]. Was die Vorzüge der erst mit dem Intrauterinpessar vorgenommenen Reposition des Uterus gegenüber jener mittelst der Sonde betrifft, verweisen wir zunächst auf das bereits von Schröder (über die „zu bedeutende Gewalt" der Sonde etc.) Gesagte[2]. Im Allgemeinen jedoch müssen wir hier über jene vorgängigen Aufstellungen des Uterus noch Folgendes beibringen. Unserem Ermessen nach sind dieselben, sobald wir überhaupt einen bestimmten Fall für die intrauterine Therapie geeignet gefunden haben, vor Allem gänzlich überflüssig. Oder werden wir etwa jemals, weil uns im speciellen Falle die manuale oder die Sondenaufstellung gelang, darin eine Ermunterung zu unserem Vorhaben, das Intrauterinpessar einzuführen, ersehen wollen; oder, andererseits, werden wir denn jemals in Folge Nichtgelingens der manualen oder Sondenaufstellung in einem solchen Falle von unserem gedachten Vorhaben Abstand nehmen dürfen? Gewiss nicht.

Die manuale Aufstellung ist gegenüber jener mittelst des Intrauterinpessares, ein unzulängliches unpräcises Verfahren; man denke nur an Fälle mit starker Fettablagerung in den Bauchdecken, Tympanitis etc. Sicher thut man gut, aus ihrem Gelingen oder Fehlschlagen nicht allzu weittragende Schlüsse zu ziehen.

---

[1] Unsere Sondirung sollte nur Aufklärung geben, wie der Stift einzuführen sei.

[1] l. c. S. 165.

Die Sondenaufstellung ist, ganz abgesehen von der möglicherweise zu gewaltsamen Wirkung derselben, ebenfalls der Aufstellung mit dem Stifte nachzusetzen, weil ja doch unsere Feinfühligkeit eine ganz andere ist, wo Finger und introducirter Stift die Reposition des Uterus vornehmen, als dort, wo diese beiden Faktoren durch ein fixes Instrument ersetzt sind.

Also so hohen Werth wir im Früheren auf eine Sondirung des Uterus vor der Stifteinführung gelegt, so wenig können wir eine vorgängige Reposition desselben manual oder mit der Sonde für angezeigt oder nöthig erachten, sondern halten die Stiftaufstellung selbst jederzeit für vollkommen genügend und überhaupt jeder andern Aufstellungsweise in Bezug auf Exactheit und Verlässlichkeit durchweg vorzuziehen.

Endlich gedenke man noch eines bereits im Vorigen mitinbegriffenen Punktes. Gesetzt den Fall, es wären ziemlich derbe Adhäsionen vorhanden, die eine Correctur des dislocirten Uterus hindern. Wozu hier die Sondenaufstellung[1] (geschweige der Versuch einer manualen Reposition)? Um sich zu überzeugen, dass hier eine Aufstellung für den Augenblick unmöglich, um vielleicht noch zu dem falschen Schlusse zu gelangen, selbe werde überhaupt nicht gelingen? — Wie ganz anders werthvoll ist da das Ergebniss der Stiftaufstellung. Der zufühlende Finger merkt sofort die Art und Grösse des Hindernisses, wagt ein gewisses schonendes Mass der Reposition mittelst des Pessarknopfes, und lässt es dann vor der Hand dabei bewenden. Nach Ablauf einiger Zeit macht man die Correctur am Stifte von der Vagina aus etwas ausgiebiger u. s. f.

Wie erfolgreich kann hier die Stiftaufstellung sich gestalten, und wie zwecklos, ja gefährlich eine rasche Sondenaufstellung!

Eine weitere Frage, der noch einige Worte zu widmen wären, bezöge sich darauf, wann also, genau gesagt, der Stift allein, wann der Stift verbunden mit einer vaginalen Vorrichtung in Anwendung kommen solle. (Einige Bemerkungen Winckel's darüber s. l. c. S. 25.) Wir stellten im Vorigen (S. 60) den allgemeinen Grundsatz fest, man habe sich bei reinen Flexionen auf den Stift allein, bei Versio-

[1] Wieder wol zu trennen von der blossen Sondirung, oder den in langen Intervallen vorzunehmenden, behutsamen Aufrichtungsversuchen, denen wir für solche Fälle im Früheren, S. 45, (mit Hildebrandt) das Wort sprachen.

Flexionen und bei reinen Versionen, die nicht durch lediglichen Druck auf die Portio völlig corrigirbar, auf den Stift mit vaginalem Stützapparat zu beschränken. Wir wiederholen hier, dass exacte Correcturen der Deviationen nur unter Einhaltung dieser Norm zu erzielen seien, und wollen lediglich nachsehen, wie so wir denn doch Erfolge haben, wenn wir auch in häufigeren Fällen, als unser Princip vorschreibt, es lediglich bei dem Stifte bewenden lassen. Schon im Früheren zeigten wir, welchen Effect eine geeignete Grösse der Scheibe des Stiftes auf leichte Versionsstellung des Uterus haben könne, wie also häufig die Scheibe des Stiftes einen eigentlichen secundären Stützapparat in der Vagina ersetzen könne. Wir bewirkten in dieser Weise eine Correctur der Flexion und leichter Version, und bedienten uns doch eigentlich bloss des Stiftes. Hiezu kommt nun noch ein Umstand, den uns die Erfahrung gelehrt, das ist jener, dass wir oft, ja fast in den meisten Fällen schon einen Erfolg in Bezug auf Beseitigung der Beschwerden erzielen werden, wenn wir überhaupt bloss die Knickung corrigiren (die Neigung noch fortbestehen lassen) — i. e. wenn wir bloss eine Wirkung des Stiftes vor uns haben, die Scheibe aber absichtlich oder unabsichtlich nur zur Stütze des Stiftes, nicht auch zur Correctur leichter Versionsstellung dienlich ist. *

---

* Stets erinnerlich ist uns in dieser Richtung ein Fall — einer der ersten, dem wir diese Erfahrung dankten. Eine Kammerzofe von hier, 35 Jahre alt, litt seit ihrer letzten Entbindung, die vor 3 Jahren erfolgt war, an heftigen Kreuzschmerzen, welche durch längeres Sitzen stets zu ganz ungewöhnlicher Intensität sich steigerten, ihr das Bücken geradezu unmöglich machten etc. — Als Ursache constatirten wir exquisite Retroversio-flexio, und versprachen der Patientin die Einlage eines corrigirenden Apparates. Als sie zu diesem Behufe wiederkam, waren ihre Schmerzen zufällig wieder derart, dass sie die Thränen nicht zurückhalten konnte. Wir applicirten einen einfachen Stift mit ganz kleiner Scheibe, der wol die Flexio gut corrigirte, auf die Versio aber ohne allen Einfluss blieb. Vor Richtigstellung des Scheibchens nun, liessen wir die Frau wieder den Versuch machen sich zu setzen, zu bücken etc. Ihr Schmerz war bereits völlig gewichen, sie wusste vor Freude kaum was anzufangen, und doch beharrte der Uterus mitsammt dem Stifte in völliger Versionsstellung.

Versuchsweise beliessen wir es bei dieser lediglichen Correctur der Inflexion. Die Frau blieb schmerzfrei — und ist es bis jetzt, i. e. in das vierte Jahr. Den Stift hatte sie circa drei Vierteljahre getragen, seitdem schon wurde er für die Dauer entfernt. Die Version hatte unbeirrt fortbestanden, die Knickung war entschieden geringer geworden.

Dieser Erfahrung, sowie der auch von uns getheilten Ueberzeugung zufolge, dass jede weitere Fixirung des im Uterus befindlichen Stiftes auf dieses Organ eher reizend wirken wird als der Stift allein, legen wir jetzt in fast allen Fällen anfänglich bloss ein Intrauterinpessar ein, höchstens dem individuellen Falle gemäss mit dieser oder jener Modificirung der Scheibe (auch letzteres meist mehr in Rücksicht auf ausgiebige Stützung des Stiftes, denn auf irgendwelche weitere Correctur). Wir thun diess in der Voraussetzung, dass auch, wo Flexio und Versio besteht, der Grund der Beschwerden möglicherweise lediglich in der ersteren liegen könne. Bestätigt sich unsere Annahme, so lassen wir es stets beim blossen Stift bewenden; ist diess nicht der Fall — und es ist ja zu natürlich, dass man bei den mannigfachen Umständen, die hier von Ingerenz auf das Befinden des Individuums sein können, das nicht voraus bestimmen kann — dann erst greifen wir zu einer secundären vaginalen Vorrichtung, von der allein wir eine völlig exacte Correctur erwarten können. Von vorhinein eine Ausnahme würden nur die im Obigen speciell betonten Formen von reiner Versio machen.

Gelegentlich der Einführung des Stiftes fanden wir zuweilen Verhältnisse, die uns eine vorübergehende Dehnung der Knickungsstelle, behufs der Möglichkeit den Stift einzubringen, nothwendig erscheinen liessen. Sei es, dass wir die Stelle (trotz mangelnder Stenose) von Anfang an mit dem Stifte nicht passiren konnten, auch wenn die Sonde gut einging, sei es, dass nach Entfernung des Stiftes dessen Wiedereinführung dort Hindernisse fand, sei es, dass wir nach vorgenommener Discission einer wirklich stenosirten Stelle nachträglich wieder eine zu ausgiebige Verklebung derselben fanden etc., — fast stets half uns da folgendes Auskunftsmittel: Nach Einlegung der meist leicht passirenden Sonde trachteten wir durch vorsichtige, oft längere Zeit dauernde Manipulation, eine zweite Sonde neben der ersten durch jene Stelle durchzuzwängen. Waren beide Sonden völlig introducirt, so nahmen wir nun eine langsame Entfernung ihrer Griffe von einander, somit eine schonende Dehnung des ganzen Uterinkanales vor. Die Endknöpfchen der Sonden lagen hiebei, durch die Wandungen des Corpus gehalten, natürlich knapp beisammen und stemmten sich wol meist eines an das andere; wir erzielten hiedurch annähernd die Wirkung gewisser bekannter Dilatatoren (von

Priestley etc.). Bei wirklich schonendem Vorgehen war diess Verfahren meist nur wenig schmerzhaft für die Patientin — der Erfolg gewöhnlich ein völlig befriedigender.

Schliesslich noch einen Rathschlag zu dem Behufe, über das andauernde Verbleiben des Stiftes in der ursprünglich erzielten Lagerungsweise desselben beruhigt sein zu können. Bekanntlich ist es Usus, der Patientin für die Zeit, in der sie ein Intrauterinpessar trägt, theils zur möglichsten Beschränkung des Ausflusses, theils zur Verhinderung einer Ansammlung der Sekrete um die in der Vagina liegenden Theile des Pessars, theils zur Hintanhaltung unregelmässiger Blutabgänge etc., die Vornahme vaginaler Injectionen aufzutragen. Nun hatten wir Gelegenheit zu beobachten, wie zuweilen eben durch diese Injectionen, auch wenn das Ende des Mutterrohres nicht an die Scheibe des Stiftes gestossen hatte, ein theilweises Losewerden des Stiftes und Herabtreten desselben aus dem Uterus zu Stande gebracht wurde. Der Grund hiefür ist wol darin gelegen, dass durch die, bei derlei Injectionen in Folge der Wasseransammlung stets statthabende Ausweitung der Scheide, der Stift vorübergehend seiner Stütze an der Vaginalwand beraubt wird, und desshalb, sowie vielleicht etlicher durch die Injection angeregter Uteruscontractionen halber, aus seiner richtigen Position gebracht wird. Dass dem so sei, konnten wir auch aus dem Effect der dagegen angeordneten Massnahmen erkennen. Wir riethen nämlich nunmehr den betreffenden Patientinnen, wenn möglich die Stiftscheibe während der Injectionen mit dem Finger nach oben zu drängen, oder doch, durch mässige Spreizung zwischen Mutterrohr und eingeführtem Finger, den Introitus vaginae für leichten Rückfluss des Wassers offen zu halten. In der That blieb dann auf diese Vorsicht hin der Stift immer an Ort und Stelle.

Wol gebe es in unserer Frage noch manchen Punkt, der zu berühren wäre; wol liesse sich noch auf manche gegnerische Einwendung, ob nun bereits erwidert oder bisher unberücksichtigt gelassen, zurückkommen; wol wären von dem Standpunkte unserer Auffassung der hier besprochenen Verhältnisse aus noch manche

andere Anschauungen vergleichend zu prüfen — doch wollen wir uns nunmehr auf das Gesagte beschränken.

Auch weiterer anerkennender Worte über das orthopädische Verfahren wollen wir uns enthalten, und statt derselben nur in Kürze den Weg skizziren, den wir selbst gegangen, bis die gegenwärtigen Ueberzeugungen in uns zur Reife gelangten. Wir, so gut wie Andere, machten eine Epoche des Zweifelns und Zauderns durch, in der wir auf jede mögliche andere Weise unseren Fällen beizukommen trachteten; auch wir nahmen Kenntniss von diesen und jenen ungünstigen Ergebnissen selbst gewiegter Autoren in der gedachten Therapie, und auch wir hatten mit Schwierigkeiten zu kämpfen, bis wir in derselben — nach endlich gefasstem Entschlusse, sie zu ergreifen — zurecht kamen, und die nöthige Einsicht behufs Beurtheilung der gegebenen Fälle, die nöthige Fertigkeit zur befriedigenden Durchführung der beabsichtigten Massnahmen erlangten.

Seitdem aber halten wir fest an dieser Therapie und, was noch mehr ist, wir finden uns durch dieselbe befriedigt, wir erwarten und fordern kaum mehr einen Fortschritt in dieser speciellen Richtung. Wie ist das möglich, wo doch gerade die Gegenwart in allen Fragen der praktischen Medicin ein solch' hastiges Drängen nach Verbesserung der bestehenden Verfahren, der gekannten Mittel an den Tag legt? Doch nur aus dem Grunde, dass eben diese specielle Methode eine gewisse Vollkommenheit an sich trägt, wie sie vielleicht anderen therapeutischen Verfahrungsweisen selten zukommt.

Mögen diese von uns gemachten Erfahrungen den Gegnern der orthopädischen Therapie eine Veranlassung gewähren zu erneuter Prüfung, den Anfängern als eine Ermunterung zu eifrigem Weiterstreben, den verdienstvollen Vorarbeitern und Parteigenossen in dieser Frage als ein Beitrag zur Vermehrung des Beweismateriales erscheinen.